FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MAURICE MONSAINGEON

Ancien Interne des hôpitaux de Paris
Ancien aide d'Anatomie de la Faculté
Né à Montpellier, le 24 octobre 1881

DE

L'OSTÉOMYÉLITE AIGUË DE L'OS ILIAQUE

Président : M. KIRMISSON, professeur

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

133

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale Infantile à la Faculté,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

En témoignage de reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTERNAT

1909-1911	MM.	le professeur SEGOND.
1908-1909		le professeur RECLUS.
—		le professeur agrégé Anselme SCHWARTZ.
1907-1908		le professeur KIRMISSON.
1906-1907		le professeur ALBARRAN.
—		le docteur MICHON.
—		le professeur agrégé MORESTIN.

EXTERNAT

1905-1906	MM.	le docteur CUFFER (*in memoriam*).
1904-1905		le professeur agrégé MONOD.
—		les docteurs ARROU et LAUNAY.
1902-1903		le professeur GUYON.
—		le professeur agrégé LEGUEU.
—		le docteur GUINON.

Je tiens à remercier particulièrement ici M. le docteur GRISEL, ancien Chef de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté, qui, sachant mon désir de traiter ce sujet a bien voulu renoncer à poursuivre un travail déjà commencé.

INTRODUCTION

Dans l'étude des ostéomyélites de l'os iliaque, il conviendrait de décrire en deux chapitres distincts celles qui atteignent primitivement l'os seul et ses épiphyses, et celles qui se cantonnent dés le début au niveau du cotyle.

Dans ce dernier cas, en effet, l'allure clinique de la maladie lui donne une individualité propre d'arthrite purulente. Il est alors souvent difficile de faire la part qui revient au fémur ou à l'os iliaque.

Eliminant de parti pris ces ostéomyélites de la hanche, nous nous bornerons à étudier les ostéomyélites aiguës de l'os iliaque *Ilion*, *Pubis* et *Ischion* sans nous occuper des atteintes primitives du cotyle.

Les quatorze observations inédites qui sont l'occasion et la base de cette étude ont été recueillies à la Clinique chirurgicale infantile de la Faculté.

Pour la première fois, on trouve indiqués les traits saillants de l'ostéomyélite de l'os iliaque dans la monographie sur *L'ostéomyélite aiguë pendant la croissance* où M. le professeur Lannelongue (1879) a fait une place à part aux localisations rares de l'affection.

Goullioud (1), dans sa thèse inaugurale, étudiant les ostéites du bassin au point de vue de la pathogénie et du traitement donne la première description d'ensemble sur l'ostéomyélite de l'os iliaque.

Fleury (2) traite plus spécialement ce sujet dans sa thèse. Il faut mentionner encore l'excellent mémoire de Secheyron (3) sur les ostéomyélites du pubis.

Tels ont été en France les premiers travaux d'ensemble sur la question.

Au 23e Congrès de Chirurgie allemande (Avril 1894) à la suite d'une communicatiou de Bergmann (de Riga) (4), quelques chirurgiens apportèrent leurs documents sur le sujet et posèrent ces conclusions que nous aurons à discuter à propos du traitement.

Plus tard Bergmann (5) dans un important article maintint ses conclusions basées sur une expérience de plus de 70 cas.

(1) *Des ostéites du bassin*, Th. de Lyon, 1883.
(2) Fleury. *Ostéomyélites de l'os iliaque*, th. Paris, 1886.
(3) Secheyron. Ostéomyélites du pubis. *Arch. gén. de Méd.*, II, p. 34.
(4) Bergmann. *Verhandlung der deutschen Gesellsch. f. Chir*, 23e Congrès 1894 II p. 82.
(5) Zur Resektion des Darmbeins wegen aküter Osteomyelitis. *Arch. f. kl. Ch.* 81e vol. p. 504.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

Fréquence. — De l'ensemble des travaux parus sur ce sujet, des statistiques fournies, de l'opinion des chirurgiens les plus autorisés, on peut conclure à la très grande rareté des ostéomyélites de l'os iliaque.

Dans la très riche collection d'observations recueillies à la Clinique Chirurgicale Infantile, nous avons relevé 14 cas d'ostéomyélites aiguës de l'os iliaque en 13 ans.

Lannelongue dans son étude sur 24 cas d'ostéomyélite aiguë n'en signale qu'un seul concernant l'ilion.

Au Congrès de Chirurgie allemande de 1894 furent apportées les statistiques de plusieurs auteurs :

Lücke.....	24 cas d'ostéom. aiguë		1 cas d'ostéom. iliaque	
Volkmann...	29	—	0	—
Schede.....	24	—	2	—
Kocher.....	30	—	1	—
Heidenhain..	46	—	1	—

Dans un mémoire de Fröhner (1) sur les ostéomyé-

(1) Fröhner. — Ueber die akuten Osteom. der kurzen und platten Knochen. *Beitr. z. klin. Chir.* 1889-90, p. 79-100.

lites des os courts et plats, Haaga sur 414 cas observés à la Clinique de Von Bruns n'aurait vu que 4 ostéomyélites de l'os iliaque.

Milchner (1) rapporte qu'en 5 ans à la clinique de Fribourg, sur 55 cas, 3 fois seulement l'os iliaque était atteint.

V. Bruns et Honsell (2) auraient observé à la clinique de Tubingen 106 cas d'ostéomyélites dans le voisinage de la hanche. Dans la plupart des observations, il s'agit d'ostéomyélites ayant fini par atteindre à la fois fémur et os iliaque. Il est difficile de dire quel fut le point de départ de l'affection. Le maximum des lésions est au fémur. Il n'y a guère que 6 cas dans lesquels le point de départ fut nettement pelvien et l'atteinte articulaire secondaire.

Si l'on considère la fréquence de l'affection par rapport aux autres os, on voit que sur la totalité des 545 cas relatés par Fröhner et ayant porté sur 661 os, 51 fois seulement des os courts et plats ont été intéressés :

Clavicule.....	11 fois
Omoplate.....	9 —
Os iliaque.....	9 —
Calcaneum... ...	7 —
Côtes.....	3 —
Occipital.....	2 —
Zygoma.....	2 —
Maxillaire inf.....	2 —
Astragale.....	1 —

(1) Thèse Fribourg, 1895.

(2) V. Bruns et Honsell. — Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenks. *Beitr. z. kl. Ch.* Vol. XXIV, p. 41.

Os nasaux.....	1	fois
Vertèbres.....	1	—
Sacrum.....	1	—
Scaphoïde.....	1	—

Dans cette importante statistique, l'os iliaque tient avec l'omoplate le second rang parmi les os courts ou plats.

Siège. — Le siège le plus fréquent semble être l'ilion ; ensuite le pubis. Quant aux atteintes de l'ischion, elles sont extrêmement rares.

Sur les 14 observations inédites que nous avons rassemblées, 10 ont trait à l'ilion, 4 au pubis, aucune à l'ischion.

La plupart des auteurs allemands dont nous avons cité les statistiques, remarquent la plus grande fréquence des atteintes de l'ilion.

En ce qui concerne les ostéomyélites pubiennes, nous n'avons trouvé en France que 22 observations publiées :

1 de Goullioud
1 de Fleury
1 de Demoulin
2 de Girard
16 de Secheyron
1 de Rocher

Dans le mémoire de Secheyron, 11 autres observations sont citées mais elles se rapportent à l'arthrite de la symphyse et aux ostéites d'origine puerpérale.

Sur les 70 observations de Bergmann — dont beaucoup ne sont pas de vraies ostéomyélites — il y en a 3 seulement qui ont trait au pubis.

En ce qui concerne l'ischion, l'extrême rareté des ostéomyélites est d'autant plus intéressante à mentionner que les lésions tuberculeuses de cet os sont loin d'être aussi rares.

La littérature médicale ne contient que les deux observations rapportées plus loin de Giraldès et de Lannelongue.

Bergmann en donne 4 observations.

Deux seulement (obs. 14 et 15, p. 530) sont vraiment des ostéomyélites primitives.

Age. — C'est pendant toute la durée de période d'ossification — c'est à dire jusqu'à 25 ans — que l'os iliaque est plus exposé aux infections aiguës; mais c'est pendant l'activité de la puberté qu'on les voit plus fréquemment survenir. Cependant la maladie peut apparaître à tout âge. — Des cas ont été rapportés par Cance (1) concernant un enfant de 16 jours, par Fleury — enfant de 6 semaines, par Broca (2) — enfant de 2 mois. Nous donnons l'observation d'une fillette de 2 mois et demi. Dans la première enfance, on voit surtout l'arthrite primitive de la hanche.

Même la période de croissance terminée, l'os iliaque peut être le siège d'ostéomyélite aiguë. — On trouve dans la thèse de Fleury, les observations d'une femme de 33 ans (ost. du pubis) et d'un sujet de 29 ans (ost. d'ilion). Bergmann cite de nombreux cas survenus après 30 ans, mais qui ne sont pas exempts de toute critique.

(1) Cance. *Des ostéomyélites au-dessous de 3 mois* Th. Paris 1908. nº 98.
(2) Broca, *Revue pratique de médecine infantile et de pédiatrie*, 1898, XI, p. 53.

Causes occasionnelles. — Les causes invoquées par Gosselin à propos de toute ostéomyélite sont ici valables : traumatisme, fatigue, surmenage, froid.

Le traumatisme joue parfois nettement le rôle d'agent et localisation. Il faut qu'il ait une certaine violence pour provoquer une lésion suffisante.

Le froid semble jouer un certain rôle adjuvant, particulièrement le froid humide et Tillmanns (1) note la plus grande fréquence sur les côtes de l'Allemagne du nord, dans les régions montagneuses du sud de l'Allemagne et en Suisse.

Causes efficientes. — Tous les microbes pyogènes sont capables — ici comme pour tous les os — de provoquer l'ostéomyélite.

Le *staphylocoque doré* est de beaucoup l'agent le plus fréquent : 11 fois sur 14 observations. On trouve plus rarement ce *staphylocoque blanc* (2 fois) le *pneumocoque* (1 fois) ou le *streptocoque*.

L'infection peut se faire d'emblée sur l'os iliaque sans qu'on puisse trouver une porte d'entrée. Il faut alors invoquer le microbisme latent. Quelquefois la voie de pénétration de l'agent infectieux est très nette : abcès, furoncles, excoriations en des régions plus ou moins éloignées.

On voit, en somme, qu'il n'y a guère de particularités étiologiques propres à l'os iliaque.

(1) Tillmanns, in *Deutsche Chirurgie*, 62 A. p. 396.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

§ 1. — Les particularités de l'osteogénèse iliaque nécessaires pour comprendre la physiologie pathologique de l'affection sont bien connues depuis les recherches de Rambaud et Renaut auxquels les travaux de Krause, Gegenbaur et Leche n'ont guère ajouté.

L'os iliaque est formé par quatre points osseux primitifs. Les trois principaux apparaissent pendant la vie fœtale ; le point iliaque au 2e mois ; le point ischiatique au 3e ; le point pubien au 4e. Quant au point cotyloïdien, os intercalaire d'Albinus (1), il n'apparaît que vers la 9e année s'insinuant dans la partie antérieure de la cavité cotyloïde entre le pubis et l'ilion. Les dépôts osseux primitifs ont leur point de départ à peu près au centre de leur cartilage respectif et convergent l'un vers l'autre pour se rencontrer au cotyle. Les pointes d'accroissement sont donc concentriques et le maximum d'activité physiologique se trouve de plus en plus reporté vers l'articulation.

(1) Albinus. — *Icones ossium fœtus humani*, p. 526.

La rencontre se fait aux environs de la douzième année et la soudure est en général complètement effectuée à l'âge de quatorze ans.

Alors apparaissent les points épiphysaires : d'abord l'ipiphyse ischiatique ; ensuite, une série de points osseux, séparés, étendus de l'épine iliaque postéro-supérieure à l'épine antéro-supérieure et qui se fusionnent bientôt pour former la crête iliaque ; puis, l'épine iliaque antéro-inférieure et l'épine du pubis ; enfin, l'épine sciatique et un petit point osseux qui complète dans la branche postérieure du cartilage en Y la fusion de l'ilion et de l'ischion.

La soudure des points épiphysaires n'est effectuée que de 18 à 20 ans et même 25 ans pour l'épiphyse marginale supérieure. Goullioud a bien insisté sur ces deux stades de l'osteogénèse ; et, dans son étude sur les ostéites du bassin, il a pu d'écrire une période prépubertique où les os seraient plus atteints dans la voisinage du cotyle, une période postpubertique où prédomineraient les lésions épiphysaires. La division est exacte à condition de n'être pas trop exclusivement adoptée. En effet, l'extension des points osseux ne se fait pas seulement vers le cotyle, mais aussi vers la périphérie. Il est assez fréquent de voir, même dans la période prépubertaire, l'inflammation débuter loin du cotyle, dans la zone d'ossification la plus excentrique.

Peut-être n'a-t-on pas tenu assez compte dans la pathogénie de ces ostéomyélites du rôle que peut jouer l'ossification périostique.

Les phénomènes intimes de ce mode d'ossification

sont exactement les mêmes pour les os plats que pour les os longs. Ils aboutissent à la création d'une croûte osseuse qui recouvre l'os enchondral partout, excepté au niveau des surfaces articulaires.

Ce processus physiologique n'est sans doute pas sous la dépendance d'une activité circulatoire aussi marquée qu'au niveau des épiphyses. Mais il ne faut peut-être pas négliger ce facteur dans la pathogénie des ostéo-périostites.

Autrefois, on admettait avec Chassaignac une différence entre la périostite phlegmoneuse et l'ostéomyélite. Or, en ce qui concerne l'os iliaque, très souvent les lésions semblent exclusivement et longtemps sous-périostées :

§ 2. — Sans avoir la prétention de vouloir reprendre ici l'étude de l'anatomie pathologique générale des ostéomyélites, il semble nécessaire d'indiquer combien l'idée qu'on s'en est fait depuis les travaux de M. le Professeur Lannelongue est exclusive. Il est admis par la majorité des auteurs que l'os participe à l'infection dans toutes ses parties, de la moelle osseuse au périoste.

Or, bien souvent, l'affection débute sous le périoste et s'y cantonne. M. le Professeur Kirmisson n'a cessé de l'enseigner et fréquemment, journellement pour ainsi dire, l'intervention chirurgicale vient vérifier cette assertion.

Au niveau de l'os iliaque, plus encore peut-être que pour les os longs, il est de règle que les lésions restent sous-périostées.

L'architecture de l'os coxal en donne la raison. Os plat, formé de deux lames de tissu compact, l'os iliaque ne comprend de tissu spongieux qu'aux points les plus épais. Le centre de la fosse iliaque en est totalement dépourvu Or, fréquemment l'infection débute à ce niveau. Il est évident dans ces cas que l'inflammation commence sous le périoste et, le plus souvent, elle y restera cantonnée, la suppuration amenant des décollements périostés plus au moins étendus.

Ce qui est vrai pour l'os iliaque l'est aussi pour les autres parties de l'os.

Nous rapportons ici les commentaires caractéristiques d'une observation de Rocher (in *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 janv. 1906) que l'on trouvera d'autre part. Il s'agit d'une ostéomyélite du pubis :

« Les lésions ont été surtout périostiques et sous-périostiques, n'intéressant que faiblement les couches corticales de l'os. Ce fait a été démontré au moment de l'intervention : *La trépanation fit voir un os d'apparence saine dans sa partie centrale*, et le petit séquestre lamellaire retiré (extraction suivie de l'oblitération de la fistule) prouve combien les lésions de nécrose furent peu étendues.

« Au contraire, le périoste paraissait être décollé sur une certaine étendue, mais seulement sur la face pelvienne de la branche ischio-pubienne. Le pus avait perforé le périoste sur le bord externe de celle-ci et s'était creusé une petite loge dans la masse des adducteurs ».

Cette constatation anatomo-pathologique est des plus typiques et de semblables faits sont fréquents.

Il ne faudrait pas nier, par une exagération contraire, l'existence de la panostéite d'emblée; elle est seulement beaucoup moins fréquente qu'on ne l'admet actuellement. A côté d'une première catégorie à lésions périostiques prédominantes, on doit faire une place plus restreinte à l'ostéomyélite, telle que l'a décrite M. le professeur Lannelongue.

Dans ce dernier groupe, les lésions anatomiques sont, au niveau de l'os iliaque, comparables à celles que l'on trouve dans toute ostéomyélite.

Tillmanns (*Deutsche Chir.* 62 A, p. 393) en donne une longue description dont nous ne rapportons que les traits essentiels.

Comme au niveau des os longs, il y a une prolifération cellulaire de la substance spongieuse où l'on trouve leucocytes, hématies nucléées, cellules géantes, myélocytes neutrophiles, normoblastes d'Ehrlich.

En même temps la composition chimique des tissus est changée; la graisse diminue, la moelle est hyperémiée, l'os est ramolli.

Ce premier stade que Gangolphe a désigné de façon si expressive sous le terme de « bain de moelle » peut être particulièrement grave.

Kurt Müller (Ueber akute osteomyelitis, *Münchner Med. Wochensch.*, 1893, 47-48) fait une place à part à ces formes foudroyantes à foyers hémorragiques de la moelle des os. Il en signale 4 cas où l'analyse bactériologique a révélé la présence de staphylocoques.

Après ce stade d'inflammation, la suppuration apparaît sous forme de globules de pus jaunâtres ou gris,

confluant pour former de gros abcès. Les collections ainsi constituées peuvent soulever le périoste à l'extérieur ou à l'intérieur du bassin ou des deux côtés à la fois.

Pendant un temps plus ou moins long, suivant la virulence de l'agent infectieux, le périoste résiste; mais bientôt il se laisse délacérer. Il ne forme bientôt plus qu'un tissu sanieux, grisâtre, déchiré par endroits. Le pus filtre alors dans les tissus environnants.

Au-dessous, l'os présente parfois un orifice de trépanation spontanée ou de multiples pertuis par où sourd le pus.

Les muscles voisins sont rapidement envahis, prennent une teinte brune qui indique leur mortification.

Si l'on a laissé les lésions évoluer trop longtemps, les parois constituées par ce tissu friable et mou se désagrègent. La suppuration fuse alors dans les interstices musculaires et va gagner les organes voisins, en se frayant une route vers les téguments.

Les lésions osseuses ne restent pas toujours localisées au point primitivement atteint; l'extension locale est possible et l'on voit la diffusion des lésions primitives, la séquestration d'une grande étendue d'os.

Enfin, notons que fréquemment on trouve les ganglions inguinaux et iliaques augmentés de volume.

Dans les cas bénins, l'inflammation peut ne pas aboutir à la suppuration et à la névrose, et après un début aigu, l'ostéomyélite tournera court et se terminera par une ostéite sclérosante.

Enfin, l'on peut voir évoluer des périostites albumi-

neuses subaiguës, dues peut-être à des microbes atténués.

Il est vraisemblable que dans quelques cas des erreurs de diagnostic ont été faites avec la tuberculose et la syphilis.

Dans les cas graves, la transmission peut se faire aux articulations voisines : hanche, sacro-iliaque, symphyse pubienne.

Ces arthrites peuvent être passagères, séreuses ou séro-fibrineuses, mais elles sont souvent suppurées. Les lésions para-articulaires pourraient entraîner l'ankylose, sans que l'article ait été envahi.

L'extension au loin par embolies septiques constitue de redoutables complications dont nous n'avons pas à faire l'anatomie.

Si la guérison survient, la cicatrisation se fait par prolifération conjonctive d'abord avec envahissement secondaire par du tissu osseux.

Plus tard, l'os reconstitué reste hypertrophié ou recouvert d'ostéophytes. Ces hypérostoses peuvent atteindre un volume considérable.

§ 3. — L'évolution des lésions du fait de la situation propre à chaque os peut prendre à un moment donné une allure particulière.

Ilion. — Le plus souvent, la lésion débute dans une seule des fosses iliaques, rarement des deux côtés à la fois.

Lorsque la lésion n'est pas au niveau du cotyle, cas fréquent mais que nous avons systématiquement éliminé

de notre étude en raison de l'allure clinique si particulière qu'imprime une telle localisation, c'est au niveau de la fosse iliaque externe, surtout au-dessus et en arrière du cotyle que se fait le début. On comprend qu'avec un tel siège la suppuration menace rapidement l'articulation.

Solidement bridé par les muscles et les aponévroses, le pus s'insinue dans les interstices musculaires; il peut arriver à décoller toute la fosse iliaque externe.

Au niveau de la fosse iliaque interne, il y a deux sièges de prédilection : l'un en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure; l'autre au devant de la facette auriculaire du sacrum. L'extension de la suppuration a tendance à décoller le muscle iliaque et à se collecter sous forme de phlegmon iliaque sous-périosté. Mais, tandis que, dans le premier cas, le pus se portera en avant vers la région inguinale, où elle déterminera une voussure, dans le second cas, il fusera vers le petit bassin d'où il pourra sortir par la grande échancrure sciatique.

Quand la crête iliaque est atteinte, la collection peut saillir en arrière dans la région lombo-sacrée, le triangle de J-L. Petit, ou dans l'une ou l'autre des fosses iliaques.

Pubis. — A la fin du 4e mois apparaît un point osseux dans le cartilage du pubis, au voisinage de la région cotyloïde. Il progresse à la fois en arrière vers le cotyle, en avant vers la région de l'angle, puis envahit la branche ischio-pubienne où il rencontre le prolongement ischiatique.

La soudure se fait entre 12 et 14 ans. Au niveau du cotyle s'interpose l'os acétabulaire entre l'ilion et le pubis, et leur fusion s'effectue de 15 à 18 ans. Puis apparaissent, vers 18 ans, le point de l'épine, le point épiphysaire de l'angle.

L'épiphyse marginale inférieure du pubis vient modeler le bord inférieur de la branche ischio-pubienne. C'est une dépendance de l'ischion qui remonte le long de la branche inférieure et ne se soude au reste de l'os que de 21 à 24 ans.

L'ostéomyélite peut atteindre le corps du pubis, l'angle ou la branche descendante. Dans le premier cas, l'extension vers le cotyle sera plus à redouter; dans le second, l'envahissement de la symphyse. Une observation de Kirchner (1) est des plus caractéristiques :

Il s'agit d'un uhlan qui, à la suite d'une plaie purulente au genou droit, avait vu survenir une ostéite aiguë du pubis droit.

Rapidement s'étaient développées une arthrite de la symphyse et une ostéite symétrique du côté opposé, avec décollement épiphysaire des deux côtés. La marche avait été très aiguë et le diagnostic fut rendu très difficile, les signes extérieurs étant masqués par une musculature très développée.

Kirchner explique la symétrie par les tiraillements quotidiens exercés par les adducteurs lors de l'équitation. Il est probable que du pubis droit, d'abord atteint, l'infection gagna la symphyse, puis le pubis gauche. Il

(1) Kirchner, *Arch. f. kl. Chir.* T. LVIII p. 317.

y eut ultérieurement reconstitution complète des os.

Comme nous l'avons fait pour l'os iliaque, nous distinguerons ici deux modalités d'infection : l'ostéo-périostite simple limitée aux couches superficielles et l'ostéomyélite avec envahissement des couches profondes et production de séquestres pouvant comprendre la presque totalité de l'os.

Suivant leur point de départ, les abcès évolueront dans des directions différentes. Il convient d'abord de remarquer la fréquence plus grande des localisations postérieures. Ce fait explique bien comment les collections suppurées fusent vers le bassin et par conséquent, pourraient passer inaperçues si l'on ne pratiquait le toucher rectal. La suppuration pourra remplir le petit bassin et bomber vers le rectum. Nous rapportons (Obs. IX) une observation où l'inflammation avait provoqué une telle contracture du releveur anal que l'appréciation de la collection ne fut possible que sous chloroforme. Le même malade, atteint de récidive, dût être opéré une seconde fois deux ans après; on constata alors que le petit bassin était rempli par un abcès volumineux comme une tête de fœtus à terme, et dont les parois étaient si dures, qu'on aurait pu croire à un ostéo-sarcome s'il n'y avait eu les antécédents et la présence de fistules suppurant.

Ce sont principalement les suppurations de la surface postérieure de l'angle qui se dirigent en arrière.

Une lésion du corps du pubis provoquera la formation d'un abcès dans la région inguinale. Le pus fuse en avant et en haut. On l'a vu déborder en avant, gagner le triangle de Scarpa par le canal crural (Goullioud, Obs. V),

ou remonter en arrière vers la fosse iliaque interne, en suivant un chemin rétrograde le long du psoas.

La progression en avant peut se faire par les orifices inguinaux et le pus descendre dans le scrotum ou les grandes lèvres (Sécheyron).

Les ostéomyélites de l'épine et de la face antérieure de l'angle donnent lieu à des collections d'aspect très particulier.

Elles remontent le long des muscles grands droits. Ces abcès, qui peuvent dépasser de 4 et 5 travers de doigt le bord supérieur du pubis ont l'allure de suppurations de la cavité de Retzius; ils peuvent occuper toute la loge prévésicale et peuvent envoyer un divertircule en avant par le trajet inguinal ou crural.

Les suppurations de la branche descendante se font jour dans les régions périnéo-crurale et inguino-crurale.

Notons, comme complication secondaire des ostéomyélites pubiennes, la fréquence de l'arthrite coxo-fémorale.

Parmi les organes du petit bassin, la vessie est particulièrement exposée à l'infection. Dans l'observation que nous rapportons page 51, les urines étaient purulentes et leur examen bactériologique révéla la présence de staphylocoques dorés.

Mentionnons aussi que des séquestres osseux ont pu être éliminés par la vessie ou devenir le noyau de concrétions calculeuses.

Ischion. — La grande rareté des ostéomyélites primitives de l'ischion tient peut-être à la longue persistance de la bande cartilagineuse qui isole le point osseux tubérositaire. Des quatre observations authentiques de Giral-

dès, Lannelongue et Bergmann, on peut conclure que ces ostéites ont une allure subaiguë. Le pus se collecte en formant un abcès plus ou moins volumineux dans la région de la tubérosité ischiatique, faisant saillie au périnée, dans le pli périnéo-crural; en arrière vers le pli fessier; en dehors dans la région retro-trochantérienne, — avec possibilité de décollement et de fusées plus ou moins étendus dans la région ischioanale.

Au niveau de l'os iliaque, comme aux autres os, les lésions, par le même processus, peuvent passer à l'état chronique. Des séquestres persistants entretiennent la suppuration et prolongent indéfiniment la durée. Nous ne pouvons étudier ici ces ostéomyélites prolongées et nous ne pouvons que mentionner les hypérostoses particulièrement volumineuses et les ostéophytes dont la présence entraîne des viciations pelviennes notables.

A côté de la lésion locale, il faudrait faire une large place à la maladie générale. Elle ne présente au point de vue anatomo-pathologique rien qui soit particulier à l'os iliaque.

Quel que soit le siège de l'ostéomyélite, la gravité de certains cas tient évidemment moins à la lésion anatomique qu'à l'infection du sang. Le petit foyer osseux constitue dans ces cas un réceptacle de microbes qui pullulent rapidement, sont charriés presque aussitôt, eux ou leurs toxines, dans le torrent circulatoire. La maladie de l'os est doublée et aggravée par une pyhémie ou une toxhémie.

Le fait est surabondamment démontré par les cultures positives du sang.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Dans toutes les localisations de l'ostéomyélite, il existe trois ordres de cas :

1° Ceux où l'affection est circonscrite dès le début sans atteinte grave de l'état général (*forme subaiguë*);

2° Ceux où la lésion primitive est grave, rapidement diffuse et souvent compliquée par l'envahissement des articulations voisines (*forme aiguë*);

3° Ceux où l'infection générale domine la scène et dans lesquelles l'état local est hors de proportion avec la gravité de l'affection (*forme suraiguë*).

Cette division est applicable aux ostéomyélites pelviennes, et nous pouvons grouper en ces trois catégories de gravité différente les observations que nous avons rassemblées.

L'évolution clinique prend des allures si différentes suivant la localisation qu'il importe d'étudier isolément l'atteinte de l'Ilion, du Pubis et de l'Ischion.

Nous pourrons ensuite, rassemblant les faits épars dans les observations, donner une description d'ensemble de chacune de ces variétés.

I. — Ostéomyélites de l'os iliaque.

§ 1 — A. Forme subaiguë. — Dans toute une série de cas, nous voyons évoluer une affection presque exclusivement locale.

Dans la première de ces observations, c'est par hasard que l'on aperçoit chez un bébé de 2 mois 1/2 une tuméfaction au niveau de la hanche gauche. Le début a été remarquablement latent. Il s'agissait d'une ostéomyélite à pneumocoques dont la guérison fut rapide :

Obs. I. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche (à pneumocoques).* (Service de M. le Prof. Kirmisson).

Marguerite D... ; 2 mois 1/2, entrée le 2 juillet 1906, Salle Baudelocque.

Née avant terme (à 8 mois) a été nourrie au biberon à la campagne. Le 1er juillet, la mère va voir son enfant et remarque un gonflement de la région de la hanche gauche, qui avait passé inaperçu. L'enfant tousse beaucoup depuis quelques jours.

On l'amène à la Clinique le 2 juillet : à son entrée, on constate la présence d'une tuméfaction au niveau de la fosse iliaque externe gauche, entre la crête iliaque et le grand trochanter. La peau, amincie, luisante, parcourue de grosses veines, est soulevée par une collection fluctuante, peu douloureuse, du volume du poing.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont normaux. Il n'y a pas de fièvre. L'état général est bon.

Mardi, 3 juillet 1906. — Ponction donnant issue à une grande quantité de pus blanc verdâtre, bien lié. Injection de 5 grammes d'éther iodoformé.

L'examen ultérieur du pus et les inoculations ont montré la présence de pneumocoques. L'inoculation au cobaye a été négative au point de vue de la tuberculose.

Le 15 juillet, la suppuration n'étant pas tarie ; on draine l'abcès. L'enfant quitte l'hôpital le 11 août, sur la demande de sa mère. Elle est en bonne voie de guérison, mais avec une plaie persistante qui nécessita quelques pansements, faits jusqu'à guérison complète à la consultation externe.

Dans ce cas la latence et l'indolence ont été remarquables.

La bénignité de la lésion doit être attribuée en partie à l'agent infectant. Le pneumocoque est en effet celui dont les suppurations sont habituellement les moins graves. Ici, il semble ne pas y avoir eu de fièvre. Les symptômes physiques étaient d'une netteté évidente.

Dans un second cas, le début a été aussi très lent.

L'affection est restée localisée. Il s'agit d'une ostéomyélite de la crête iliaque ayant amené la production d'un abcès en bouton de chemise dans le triangle de J. L. Petit et due au staphylocoque doré. En moins d'un mois, la guérison fut complète après une simple incision de l'abcès :

Obs. II. — *Ostéomyélite de la crête iliaque.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Henriette J..., 8 ans; entre le 10 septembre 1901 à l'hôpital Trousseau. Depuis 15 jours l'enfant se plaint du côté gauche qui présente une tuméfaction au-dessus de la crête iliaque.

A l'examen on constate la présence d'un abcès faisant

saillie dans le triangle de J. L. Petit, abcès en bouton de chemise.

L'état général est bon, la température atteint cependant 38° 5 et 39°.

Le 12, incision; on trouve la crête iliaque dénudée à sa partie postérieure sur une étendue de 3 à 4 centimètres.

Le pus examiné contient du staphylocoque doré.

Dès le soir, la température revient à la normale 37°3.

Depuis ce jour, la malade va bien et les pansements à la gaze iodoformée renouvelés tous les jours ne présentent qu'une légère quantité de pus. On retire les drains le 16.

Le 5 octobre, la plaie est complètement fermée. L'enfant quitte l'hôpital le 6.

C'est encore sans cause apparente et par des douleurs qui furent peu violentes, mais nettement localisées que nous voyons débuter l'affection dans l'observation suivante.

L'état général est peu atteint : agitation, anorexie, insomnie constituent un syndrôme infectieux vraiment minimum. Les signes locaux sont au contraire bien accusés dès le début. Spontanément et sous l'influence du moindre mouvement, des douleurs se manifestaient au point atteint; et l'examen ne pouvait laisser aucun doute. La guérison, après simple incision, ne demanda pas plus d'un mois :

Obs. III. — *Ostéomyélite de la crête iliaque gauche.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Henri Ch...; 3 ans 1/2, entre le 9 janvier 1903 salle Baudelocque.

Il y a 12 jours, sans cause apparente, l'enfant a commencé

à se plaindre de la région lombaire gauche, indiquant très nettement la localisation de la douleur. L'enfant ne pouvait s'incliner du côté gauche, les mouvements éveillant de vives souffrances.

En même temps existait un léger état fébrile avec agitation, insomnie, anorexie.

Ce n'est que le 2 janvier, — 4 jours après le début douloureux,—que les parents découvrirent une tuméfaction siégeant à la région lombaire; les téguments étaient rosés à ce niveau.

Le 8 janvier, un médecin reconnaît l'abcès et envoie l'enfant à l'hôpital.

Le malade présente une tuméfaction fluctuante, adhérente aux plans profonds. La palpation de la crête iliaque est douloureuse. Il n'existe aucun signe de mal de Pott ou de coxalgie.

Le diagnostic d'ostéomyélite étant posé, l'on intervient immédiatement, le 9 janvier 1903.

Incision profonde jusqu'à l'os que l'on trouve dénudé à la partie postérieure de la crête iliaque. Evacuation d'un demi-verre de pus jaune vert, bien lié. Drainage.

L'examen ultérieur montre la présence de staphylocoques dorés.

La température qui était de 38°2, descend le lendemain de l'opération à 37° 5, puis oscille peu autour de la normale ; l'enfant sort guéri le 6 février.

Le début est quelquefois plus aigu et la durée plus longue, mais la maladie peut rester exclusivement locale même quand la réaction fébrile est vive. Dans notre quatrième observation, la température a été momentanément élevée : 40°. En 3 jours, elle est revenue à la normale, sans que l'état général ait jamais donné la moindre inquiétude.

Obs. IV. — *Ostéomyélite de l'os iliaque droit. Guérison.* (Service de M. le Prof. Kirmisson).

André H...; 3 ans. Entre le 10 novembre 1909 à l'hôpital Trousseau.

Le 2 novembre, l'enfant qui s'était couché bien portant la veille, commence à se plaindre au réveil d'une douleur à la partie postérieure de la cuisse droite. La mère constate l'existence d'un gonflement qui s'accroît progressivement.

A son entrée l'enfant présente une tuméfaction sphérique rougeâtre à la partie postérieure de la fosse iliaque externe et dans la région sacro-lombaire.

La fluctuation est manifeste; malgré la température de 40°, état général très bon.

L'incision est immédiatement pratiquée sous chloroforme; par l'ouverture longue de 5 centimètres s'écoule en abondance un pus jaune épais, bien lié, venant de la fosse iliaque externe où il existe une dénudation étendue de l'os au voisinage de la crête. Un contre-ouverture est pratiquée et l'on introduit un drain en anse.

Le lendemain de l'intervention, la température est encore à 39° le matin, 38° le soir.

Elle est redevenue normale le 13 novembre et l'amélioration se poursuit lentement sans incident; le malade quitte l'hôpital le 16 mars 1900, complètement guéri.

Malgré la brusquerie du début et l'élévation de la température on peut, du fait de l'évolution, considérer cette ostéomyélite comme subaiguë. Quoique étendue, la lésion de la fosse iliaque externe est restée bien localisée. La guérison a été plus lente que dans les cas précédents; mais elle est survenue sans le moindre incident.

Il convient de faire remarquer à propos de ces quatre observations qu'il s'agit d'ostéomyélites évoluant au niveau de la crête iliaque ou dans son voisinage. Elles sont survenues chez des enfants de moins de 4 ans et elles ont atteint une région qui, pour Goullioud, serait plus fréquemment intéressée après la puberté.

On voit qu'il importe de ne pas adopter cette division d'ostéomyélites pré et post-pubertiques d'une façon trop étroite.

Une dernière remarque doit être faite : dans chacun de ces cas, l'examen bactériologique a été pratiqué, la tuberculose a été méthodiquement recherchée par l'inoculation aux cobayes et cette recherche a toujours été négative.

B. Ostéomyélites aiguës. —A côté du dernier cas, peut prendre place le suivant qui marque une transition entre l'ostéomyélite maladie purement locale et l'ostéomyélite infectieuse :

Obs. V (résumée). — *Ostéomyélite de l'os iliaque droit. Guérison.* (Service de M. le Prof. Kirmisson).

Victor B....; 14 ans 1/2; entre le 1er avril 1902 à l'hôpital Trousseau.

Depuis un mois, l'enfant se plaint de douleurs dans la cuisse droite, exagérées par la marche, calmées par le repos.

Vers le 10 mars, un médecin diagnostique : douleurs de croissance et prescrit des onctions d'onguent napolitain belladoné.

Quelques jours après, un second médecin croit à des douleurs rhumatismales et ordonne du salicylate de soude.

Cependant la racine de la cuisse droite augmente de volume et devient de plus en plus douloureuse. La température atteint 39° et 40°.

L'enfant entre à l'hôpital le 1er avril présentant un volumineux abcès de la région antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse droite. Toute la région est douloureuse.

La température à 39° 5, l'état général, la présence manifesté de pus commandent l'intervention immédiate. L'incision donne issue à 500 grammes environ de pus contenu dans une vaste poche et qui tire son origine de lésions osseuses très nettes, localisées à la partie antérieure de la fosse iliaque externe, au-dessous de la cavité cotyloïde, en dehors de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Drainage.

Le soir de l'opération, la température tombe à 38° 4, le surlendemain à 37° 5, et regagne rapidement la normale où elle se maintient. L'enfant sort guéri sans incident le 4 mai 1902.

Ici le début a eu une allure subaiguë. Il est possible que si le diagnostic précoce avait été fait, l'on eût observé un minimum de lésions. C'est seulement un mois après le début que l'enfant fut amené à l'hôpital présentant déjà une volumineuse collection purulente.

L'état général était sérieux sinon grave; mais la maladie était purement locale, puisque après l'incision, la température revint rapidement à la normale. En un mois, la guérison était complète.

Dans le groupe de faits qui va suivre les lésions locales sont plus étendues; elles ont tendance à la diffusion. L'état général est forcément plus atteint, mais il ne s'agit pas encore d'infection généralisée.

Obs. VI. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson)

René Le B...; 3 ans; entre le 23 septembre 1908, salle Baudelocque.

Vers la fin d'août 1908, l'enfant qui jusqu'alors avait été bien portant, présente un état fébrile et des troubles gastro-intestinaux. La mère remarque à ce moment qu'il existait un œdème de la verge et du scrotum et de la racine de la cuisse gauche; la peau était lisse et couverte de réseaux veineux.

Le vendredi 18 septembre, l'état général ne s'améliorant pas, un médecin est consulté qui ne trouve rien d'anormal du côté de la cuisse. Le 23, il constate une grosse tuméfaction de la fesse et de la cuisse gauche et envoie l'enfant à l'hôpital.

A l'examen, la racine de la cuisse apparaît très augmentée de volume. La palpation révèle la présence d'une fluctuation évidente dans la région inguinale. Au point le plus fluctuant, on fait une ponction exploratrice qui ramène un pus jaune-verdâtre bien lié, où l'on trouve du staphylocoque blanc. État général sérieux, enfant amaigri, température 40°.

Le 24 septembre, M. Kirmisson opère l'enfant. Incision au devant de l'épine iliaque; il s'écoule près d'un litre de pus. La fosse iliaque interne est dénudée. Il existe une collection dans la fosse iliaque externe où l'on fait une contre-ouverture; on passe un drain à travers l'os.

Dès le 25 septembre, la température tombe aux environs de la normale.

Les pansements sont faits tous les jours. L'enfant se nourrit bien et reprend vite ses forces.

Le 1er octobre, température 40°. Du 2 au 20, la température monte le soir jusqu'à 39° 4 et redescend le matin aux environs de 38°. Un pansement humide est appliqué sur la fesse gauche où il existe un peu de lymphangite avec œdème de la région, du scrotum et du triangle de Scarpa.

Le 7 novembre, nouvelle poussée thermique 38° 6; on réapplique un pansement humide, l'œdème ayant un peu reparu.

Le 10 novembre, l'état de la plaie s'améliore. La suppuration semble décroître. L'état général est bon.

L'amélioration se poursuit régulièrement et l'enfant quitte l'hôpital, complètement guéri, le 29 février 1911.

L'enfant a été revu en octobre 1911; la guérison s'est maintenue. État local et général parfaits.

L'examen du pus a démontré la présence de staphylocoques blancs. Les cobayes inoculés n'ont pas présenté trace de tuberculose.

Les symptômes du début sont intéressants à signaler : l'œdème de la verge, du scrotum et de la racine de la cuisse n'ont été retrouvés dans aucune autre observation. La circulation collatérale ne manque au contraire presque jamais et a été signalée dans les observations précédentes.

La lésion osseuse était très étendue : les deux fosses iliaques contenaient une énorme quantité de pus.

Néanmoins la guérison survint à la suite du drainage de l'os.

C. Forme infectieuse. — Dans l'observation suivante, nous avons une forme plus grave :

Obs. VII. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche. Septicémie. Mort.*

(Petit. *Bullet. soc. Anat.* 1893, p. 218.)

Il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans, épicier qui, après un vague malaise de quelques jours, a été pris brusquement le 6 février 1893 de frissons et de fièvre intense.

Reçu le 8 en médecine; on porte le diagnostic d'ostéo-myélite profonde de l'os iliaque gauche. Le malade a un aspect typhique. Il existe une douleur localisée très vive à la hanche gauche. Le malade a reçu un violent coup de pied dans cette région un mois auparavant.

La douleur diffuse dans toute la région de la hanche, sur l'ischion, la crête iliaque, dans la fosse iliaque externe et sur la branche ischio-pubienne.

Le maximum est en arrière de grand trochanter.

Le malade est passé en chirurgie.

Le 10, M. de Saint-Germain incise en arrière du grand trochanter; on ne trouve rien. De même du côté du col du fémur. L'articulation est ouverte; on en constate l'intégrité.

Le malade meurt le 16.

A l'*autopsie*, on ouvre par la symphyse pubienne et on écarte l'os iliaque. On trouve :

Un abcès pelvien sous-pyramidal volumineux;

Les moyen et petits fessiers sont noyés dans un pus épais phlegmoneux, surtout à leur insertion iliaque.

Une autre collection a envahi le tissu cellulaire de la région obturatrice, dépassant les deux muscles obturateurs au voisinage du cotyle.

Rien au psoas. Les deux fosses iliaques, la crête, l'ischion et le pubis sont sains.

Il y a :

1° Une ostéite superficielle de la face interne de l'os entre la facette auriculaire de la symphyse sacro-iliaque et la crête iliaque.

2° Un foyer qui comprend toute l'épaisseur de l'os et s'étend dans l'échancrure séparant les deux épines iliaques antérieures et l'épine sciatique. Les lésions sont au maximum au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, aux points ilio-pubien et ilio-ischiatique.

Il n'y a pas de séquestres, ni de perte de substance.
Le fond du cotyle est sain, grâce à l'intégrité du cartilage.

Remarquons ici l'intensité de l'infection. Le début est brutal par des frissons et une fièvre intense. L'aspect est celui d'un typhique.

C'est souvent avec cet aspect que se présentent les formes graves.

On trouvera au chapitre du Diagnostic (p.102) l'observation complète d'un enfant de 9 ans (Eugène G... ; Obs. XXIII) dont l'affection se manifesta surtout par des symptômes d'infection générale. Nous reviendrons sur les erreurs qui furent commises à ce sujet.

Le début avait été marqué par une brusque douleur dans l'abdomen. Rapidement l'état général était atteint, et de la façon la plus grave. La température à 40° 3, le pouls à 140 attirent toute l'attention et malgré une recherche attentive faite par des esprits avertis et expérimentés, on ne peut trouver de lésion locale pour expliquer une telle infection. Appendicite, pneumonie, fièvre typhoïde sont successivements recherchées.

Le surlendemain du début, alors que l'infection est à son maximum, les symptômes locaux commencent seulement à apparaître : vive douleur au niveau de la hanche, un peu d'œdème en arrière du grand trochanter, circulation collatérale accentuée. Et c'est en plein état infectieux (la température à 38° 8, le pouls à 140) que l'enfant délirant, agité, est opéré. Par l'incision, il ne sort *qu'une sérosité verdâtre louche*. L'os iliaque est dénudé sur l'étendue d'une paume de main.

Le lendemain, on constate dans la fosse iliaque interne la présence d'un gonflement modéré. Mais l'état général est si profondément atteint qu'on repousse l'idée d'une intervention nouvelle qui ne serait pas supportée. En effet, quelques heures après, l'enfant succombe.

L'autopsie confirme la présence du foyer purulent constaté sur la fosse iliaque interne ; il y a en outre une dénudation de l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Le sang du cœur et le liquide céphalo-rachidien prélevés immédiatement après la mort et ensemencés donnèrent de nombreuses colonies de staphylocoques dorés.

N'est-ce pas là une de ces ostéomyélites hyperseptiques qui doivent rentrer dans le 3e type, celui des formes infectieuses, où toute la gravité réside dans l'état général plus encore que dans la lésion locale? C'est parce que l'organisme a été en quelque sorte sidéré par l'infection qu'il n'y a pas eu formation de pus mais seulement un peu de sérosité verdâtre, louche.

Dans un tel cas, où l'on put vérifier, par la culture du sang et du liquide céphalo-rachidien, à quel point l'organisme était infecté par le staphylocoque, dans un tel cas, l'intervention locale la plus étendue eût été forcément incomplète, car elle n'eut pas empêché la septicémie. Même si le diagnostic local avait été fait le premier jour, on n'est pas en droit de dire qu'une opération eut été salutaire dans une infection si grave.

§ 2 — Nous pouvons maintenant, rassemblant les faits épars rapportés dans ces observations, donner une description d'ensemble de l'ostéomyélite iliaque.

Début. — Le début peut être brusque ou précédé de quelques prodromes.

Début brusque. — Dans le premier cas, la maladie survient en pleine santé. On ne peut retrouver dans les antécédents ni infection, ni traumatisme pour expliquer la localisation.

Et tantôt ce sont les sypmptômes généraux qui dominent la scène au point d'attirer toute l'attention, tantôt les phénomènes locaux.

Symptômes généraux. — La fièvre peut être intense dès le début, atteindre d'emblée ou dépasser 40°. Accompagnée ou précédée de frissons, il n'est pas rare de la voir provoquer de l'agitation et du délire. Le pouls est rapide et plein de 120 à 140.

La coïncidence de céphalée violente ou de troubles digestifs divers : vomissements, constipation ou diarrhée ont pu donner le change dès le début et faire croire à une infection générale ou abdominale : fièvre typhoïde, méningite, appendicite.

Cette prédominance de phénomènes d'intoxication grave peut être d'assez longue durée pour masquer pendant plusieurs jours les signes locaux.

Symptômes locaux. — Ceux-ci sont rarement l'apanage des débuts brusques. Ils consistent surtout en douleur et impotence fonctionnelle.

La douleur siège le plus souvent dans la région de la hanche. Sourde, contusive, parfois lancinante dès le début, elle est difficilement localisée par le malade ; et souvent l'examen le plus soigneux en précisera mal le siège à cause de la profondeur de la lésion.

Elle peut être diffuse et irradier le long de la cuisse, plus souvent le long de la face externe ou postérieure du membre lorsqu'il s'agit d'ostéomyélite de la fosse iliaque externe.

On la voit se propager vers l'abdomen surtout quand la fosse iliaque interne est intéressée, et l'on comprend qu'en de telles conditions, la confusion ait pu être faite avec l'appendicite.

L'impotence fonctionnelle peut être rapidement absolue. La contracture éveillée par la douleur provoque la flexion et l'abduction de la cuisse sur le bassin.

Début progressif. — Ici le plus souvent ce sont les *troubles locaux qui dominent*. Sans raison apparente ou à l'occasion d'une cause occasionnelle : surmenage, refroidissement ou traumatisme, l'enfant souffre de douleurs vagues à la racine de la cuisse au pli de l'aine, dans la région fessière ou lombaire.

Ces douleurs sont d'abord peu intenses, laissent quelques rémissions, puis bientôt se rapprochent, s'accentuent, se précisent. Après un temps variable qui peut aller de deux à quinze jours et plus (Obs. V), elles prennent une allure plus violente.

Les cas ne sont pas rares où les douleurs restent si torpides que les enfants ont continué à marcher jusqu'au moment où leur intensité brusquement accrue les a terrassés.

L'impotence fonctionnelle est progressive. Le malade boite plus ou moins, mais la boiterie est due plutôt à la contracture qu'à la douleur. Au contraire de ce

qui se passe dans les lésions articulaires, chaque pas ne semble point avoir, — au début tout au moins, — de retentissement douloureux.

L'état général, lui aussi, peut n'être pas trop gravement atteint dès le début. De petits mouvements fébriles ont passé inaperçus. Mais la fièvre augmente progressivement, et quand l'enfant s'alite, elle atteint 39°.

C'est dans cette période de début si indécise que le diagnostic erre du rhumatisme articulaire aigu à la fièvre typhoïde ou aux pseudo-coxalgies.

État. — (Période de localisation). — Mais les symptômes deviennent plus caractéristiques, et l'affection, après un temps plus ou moins long, se localise nettement.

Inspection. — Le malade reste couché sur le dos, immobile. Le membre inférieur est en flexion, — abduction et rotation en dehors — le plus souvent (Psoas).

On peut constater quelquefois à la simple inspection un gonflement dont le siège est variable suivant le point de départ de la lésion.

L'ostéite siège-t-elle dans *la fosse iliaque externe*? On voit les téguments œdématiés et les méplats effacés au-dessous et en arrière du grand trochanter;

Au niveau de *l'épine iliaque*, le relief s'atténue, puis disparaît, et la partie externe du triangle de Scarpa et du pli inguinal sont saillants;

La *crête iliaque* atteinte, il se produit une voussure dans le flanc, qui empiète en bas sur les fosses iliaques ou arrive dans le triangle de J. L. Petit.

Cette tuméfaction manque souvent : elle ne survient en général que plusieurs jours après le début.

La peau est quelquefois rosée ou rouge. Il ne faut pas s'attendre à trouver ce signe qui existe seulement lorsque le pus est déjà sous la peau.

On tiendra le plus grand compte au contraire de la circulation veineuse collatérale, souvent très développée de façon précoce.

Nous avons mentionné l'œdème de la verge et du scrotum (Obs. VI).

Palpation. — On apprécie l'état de la tuméfaction; parfois on peut constater une élévation locale de la température.

Dans les premiers jours, la sensation que donne la palpation est plutôt celle d'un œdème dur, puis la consistance est plus résistante et bientôt, en un point limité, on peut percevoir une vague sensation de *fluctuation profonde*.

Mais ce ne sont là que des signes *éventuels*, et la fluctuation n'apparaît qu'assez tardivement.

Cette recherche est douloureuse; elle doit être complétée par l'examen méthodique de toutes les parties du squelette en commençant à la périphérie.

Toutes les parties accessibles seront d'abord interrogées. On cherchera la sensibilité de l'os iliaque — crête, épines et fosses iliaques. La palpation de la fosse iliaque interne est souvent difficile.

Si l'on éveille en un point limité, profondément situé, une douleur violente que la pression exaspère, on a là

un symptôme de première valeur : un signe *caractéristique*.

Il est un certain nombre de signes négatifs qui sont importants pour éviter une confusion facile à commettre avec l'ostéomyélite articulaire. La pression sur le grand trochanter doit n'être pas douloureuse, de même la percussion sur le fémur.

La recherche des mouvements de l'articulation complètera naturellement cet examen, et s'ils sont conservés, l'idée d'arthrite pourra être écartée.

Enfin, l'on ne doit jamais omettre le toucher rectal qui peut révéler une douleur limitée en un point de la face pelvienne de l'os, et la présence d'un foyer purulent plus ou moins étendu.

A cette période d'état, les signes fonctionnels se sont aggravés.

La douleur est devenue insupportable, excruciante et quelquefois l'examen complet n'est possible que sous chloroforme.

L'impotence fonctionnelle est accrue, mais n'est pas toujours absolue; souvent on peut obtenir des mouvements spontanés que le malade exécute avec les plus grandes précautions et sans provoquer de trop vives douleurs.

Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents : constipation ou plus souvent diarrhée plus ou moins noirâtre, fétide, accompagnée de gargouillements dans les fosses iliaques.

Mais c'est surtout l'état général qui prend une valeur pronostique considérable. La fièvre reste au-dessus de 40°

ou présente de grandes oscillations; le pouls est à 130-140. Les urines sont rares, rougeâtres, albumineuses.

Le facies est rapidement amaigri, les yeux sont brillants, cernés, le teint terreux ou congestionné, les lèvres sèches, fendillées. les dents fuligineuses, la langue saburrale ou rôtie.

Dans les cas graves,les malades ont un aspect typhique et l'on comprend comment le diagnostic a pu être en défaut lorsque les signes physiques sont masqués ou n'apparaissent que tardivement.

A l'heure actuelle, on ne laisse plus les abcès évoluer vers l'ouverture spontanée; mais on a pu les méconnaître ou ne pas les trouver lors de l'intervention. Ils vont fuser en des régions différentes, suivant leur point de départ. Déjà nous en avons indiqué la marche en faisant l'anatomie pathologique.

Ceux de la face externe de l'aile iliaque, plus accessibles, passent plus rarement inaperçus. Ils se dirigent soit vers l'articulation de la hanche qu'ils envahissent secondairement, soit vers la cuisse ou la région fessière. On peut alors trouver lors d'une intervention de vastes décollements comprenant la presque totalité de la fosse iliaque.

Ceux de la face interne resteront plus longtemps cachés. Ils fusentdans la gaîne du psoas; et les anciens auteurs, dans leur description des phlegmons iliaques, ne négligeaient pas l'abcès sous-iliaque d'origine périostique. La suppuration peut gagner le petit bassin et passer en avant à travers le trou ovale pour atteindre la région

des adducteurs, ou en arrière, la région fessière par l'échancrure sciatique. Il est rare de voir l'envahissement de l'articulation se faire par le fond du cotyle dont le cartilage est résistant. D'ailleurs, d'après Duclaux (1), les arthrites d'origine iliaque seraient relativement peu fréquentes en comparaison de celles d'origine fémorale.

La suppuration peut se faire jour de part et d'autre de l'os iliaque, en particulier dans les cas où s'est produite une trépanation spontanée.

On peut alors sentir la fluctuation d'une fosse iliaque à l'autre.

Le volume de l'abcès n'est d'ailleurs pas en rapport constant avec la gravité et l'ancienneté de l'affection. Les plus graves des ostéomyélites sont celles qui ne donnent pas de pus. Il peut arriver que des lésions évoluant depuis assez longtemps ne se révèlent que par une collection très limitée. Dans d'autres cas, au contraire, dès le début se forment des phlegmons étendus.

Telle est, en général, la marche d'une ostéomyélite iliaque de gravité moyenne. Mais le mode de groupement des symptômes est très variable. Il est des cas où tous les symptômes aigus précédemment décrits, progressent insensiblement; les manifestations générales et locales s'aggravent sournoisement. « Ces cas réservent au diagnostic de sérieuses difficultés; ils ne deviennent clairs que lorsqu'apparaît une suppuration dans la région du bassin ou lorsqu'une ostéomyélite se

(1) Duclaux. *Ostéomyélites de la hanche*, Th. Paris, 1905.

déclare en quelque autre point du corps. » (Tillmanns)

Dans le type clinique le plus fréquent, si l'intervention a été suffisamment précoce et large, si l'état général n'était pas irrémédiablement atteint la guérison survient après une suppuration qui dure un temps variant de trois semaines à plusieurs mois.

Pendant cette longue période, en dehors de toute complication, les incidents qui retardent la guérison sont fréquents : rétention de pus qui nécessite de nouvelles incisions; poussées fébriles qui retentissent sur l'état général, extension locale de l'inflammation osseuse, formation et expulsion de séquestres plus ou moins volumineux.

Les cas les plus graves se terminent habituellement par la mort. Quelquefois la septicémie emporte le malade avant que les symptômes locaux aient été manifestes. Ou bien encore l'extension de la suppuration dans la région malade est extrêmement rapide; il se fait des abcès secondaires dans les viscères ou dans les os et le malade meurt de pyhémie, à moins qu'il ne succombe aux complications que nous étudierons plus loin.

II. — **Ostéomyélites du pubis.**

§ 1. — Comme les ostéomyélites iliaques, on peut grouper les ostéomyélites pubiennes en trois groupes cliniques.

1° Une forme circonscrite, bénigne, à symptômes atténués, à allure *subaiguë*;

2° Une forme diffuse, *aiguë*, grave

3° Une forme *infectieuse*, presque toujours mortelle.

La première forme est relativement rare, — la seconde est de beaucoup la plus fréquente; elle est comparativement plus grave qu'au niveau de l'ilion; en général, les phénomènes locaux se manifestent nettement. Dans la forme suraiguë, la maladie peut être méconnue « et si l'infection est portée à son maximum, le sujet succombe avant qu'on ait pu faire un diagnostic précis. » (Demoulin).

A. Forme subaigue. — L'observation suivante, empruntée à M. Demoulin, nous montre un type d'ostéomyélite qui reste bénigne et n'aboutit pas à la suppuration.

Obs. VIII. — *Ostéomyélite atténuée du pubis.*
(Demoulin, *Gaz. Hop.*, 16 avril 1898).

L... (Henri), 13 ans, élève au Collège Rollin, d'une bonne constitution, un peu trop chargé de graisse pour son âge, issu d'un père arthritique, qui a cependant eu de proches parents ayant succombé à la diathèse tuberculeuse (méningite, coxalgie) et d'une mère bien portante, a été pris au mois de juin 1895, sans cause appréciable, de douleurs dans les membres (zones juxta-épiphysaires) et surtout dans la région du pubis, douleurs qui ont nécessité quelques jours de repos. Au mois d'avril de la même année, pendant les vacances scolaires, l'enfant, après s'être livré à de longues courses et à des exercices violents, fut pris, nous dit son père, de légers accidents fébriles, coïncidant avec une augmentation très rapide de la taille. Il y eut en un mot, *fièvre de croissance*. Vers le 10 sep-

tembre les douleurs pubiennes se montrèrent de nouveau avec plus d'intensité cette fois, et le malade, incapable de marcher, dut prendre le lit pendant une dizaine de jours ; après quoi, il put marcher de nouveau et rentrer au collège le 1er octobre. Quelques jours après, les douleurs pubiennes revinrent pour la troisième fois, plus violentes que jamais, à la suite d'un coup porté sur la région, et le malade dut prendre le lit. Deux chirurgiens furent appelés : l'un semble, d'après les prescriptions qu'il laisse par écrit, craindre une tumeur blanche de la symphyse pubienne ; l'autre à une ostéomyélite et redoute la suppuration. Tous deux prescrivent le repos au lit; et le médecin traitant applique des pointes de feu au devant du pubis. Malgré tout, l'enfant qui ne souffre point lorsqu'il est couché, refuse, un mois encore après le début du traitement, de se tenir debout et de faire un pas.

Je suis appelé le 5 novembre 1895, et je me trouve en présence d'un malade fort et vigoureux, sans fièvre, se plaignant d'une douleur vague au niveau du pubis. Il est couché sur le dos, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin; quand on cherche à les étendre, on détermine une douleur assez vive au niveau du pubis droit, et le malade refuse absolument de s'asseoir dans son lit, parce qu'alors la douleur pubienne se montre encore, comme quand on met les cuisses, la droite principalement dans l'extension.

La station debout est très pénible; le malade se couche en avant quand il est levé, appuyant ses mains sur le pubis; la marche est absolument impossible.

A l'inspection, on ne découvre rien d'anormal dans la région pubienne. Le palper de sa face antérieure amène une douleur peu accusée au niveau de la symphyse, mais assez accusée au niveau du corps du pubis droit et de sa branche descendante. L'embonpoint de notre jeune malade ne permet pas de saisir une différence entre le volume du pubis droit et celui du côté gauche.

Le toucher rectal est fort instructif; il permet de recon-

naître : 1° une douleur très vive à la pression, sur la face postérieure du corps du pubis droit et de sa branche descendante ; 2° aux mêmes points, une tuméfaction dure très appréciable, si on explore comparativement le pubis gauche.

Quand on exerce une pression transversale sur le bassin, on détermine de la douleur pubienne, mais elle se manifeste surtout au niveau de la symphyse.

Notre malade a des envies fréquentes d'uriner et se plaint d'une sensation de brûlure à l'extrémité du gland, une fois la miction accomplie ; il n'y a ni phimosis ni balanite capables d'expliquer ces symptômes, et il est rationnel de les rapporter à l'inflammation pubienne. Les urines sont d'ailleurs en quantité normale ; l'analyse n'y révèle aucun élément pathologique.

En présence du tableau symptomatique devant lequel je me trouvais et que je résume rapidement :

Croissance rapide, — douleurs spontanées, persistantes, accrues par la pression au niveau du pubis droit, — constatation très nette par le toucher rectal, d'une tuméfaction dure, certainement de nature osseuse, au niveau de la face postérieure du corps du pubis droit et de sa branche descendante, — le diagnostic d'ostéomyélite atténuée du pubis, chronique d'emblée dans sa marche, me parut s'imposer.

Je prescrivis le repos au lit, comme mes confrères, et surveillai le malade pendant un mois ; il ne présenta pas de fièvre, la tuméfaction pubienne ne changea pas de caractère ; au bout de ce temps, la station debout et la marche restaient impossibles ; alors la douleur pubienne se montrait, surtout au niveau de la symphyse qui, très probablement, devait être impressionnée par l'inflammation du pubis droit.

Je résolus d'immobiliser le bassin par un appareil silicaté ; dès le lendemain de son application, le malade pouvait se tenir debout sans douleurs, faire quelques pas avec des

béquilles, bientôt remplacées par des cannes. Au bout d'un mois l'appareil fut levé, le malade pouvait se tenir debout sans souffrances, mais accusait encore quelques douleurs quand il marchait; application pendant trois semaines d'un nouvel appareil, plus léger que le premier, puis substitution à ce second silicate, d'une ceinture élastique avec sous cuisses, embrassant bien le bassin. A la fin d'avril, suppression de tout appareil; le malade marchait normalement.

La palpation du pubis droit, de la symphyse, était indolore; le toucher rectal montrait une hypérostose fort appréciable de la face postérieure de l'os et de sa branche descendante.

J'ai revu le malade en janvier 1897; il est resté guéri, et l'hypérostose du pubis m'a paru très faible, à peine appréciable ce qui, soit dit en passant, n'est point la règle dans l'évolution des ostéomyélites.

Nous trouvons dans cette observation, réduits au minimum, tous les signes de l'ostéomyélite. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale d'autre cas semblable.

Cette longue évolution de l'affection qui a tourné court, peut constituer le prélude d'accidents plus graves et aux poussées atténuées d'éphysite congestive peut succéder tout à coup une ostéomyélite intense.

B. Forme aiguë. — Dans cette forme, l'atteinte de l'état général révèle une infection plus grave: Mais cet état infectieux ne constitue pas toute la maladie et les symptômes locaux sont assez nets.

Nous en rapportons un cas tout à fait typique qu'il nous fut donné d'observer pendant notre internat à la clinique chirurgicale infantile.

Obs. IX. — *Ostéomyélite du pubis gauche. — Opération. — Guérison. — Récidive trois ans après la 1re intervention. — Guérison.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

André V..., 14 ans; 18, rue de Colombes, Courbevoie, entré le 9 octobre 1907, salle Giraldès n° 20 *bis*.

Aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel.

Le vendredi 20 septembre 1907, l'enfant qui est apprenti cordier, travaille toute la journée. Vers le soir, il éprouve de violentes douleurs abdominales. Le médecin appelé constate une forte fièvre, fait aliter l'enfant et diagnostique une *fièvre typhoïde*. L'état général, est grave, la température oscille aux environs de 39°

Le 9 octobre, l'enfant est amené à l'hôpital. — A l'examen, on constate que la cuisse gauche est fléchie sur le bassin. La racine de la cuisse est plus volumineuse que du côté sain. Toute la région inguino-crurale est très douloureuse. La palpation permet de constater un empâtement considérable de la fosse iliaque interne. La douleur très marquée est cependant de plus en plus accusée à mesure qu'on se rapproche de la symphyse pubienne. La région angulaire du pubis est particulièrement douloureuse — ainsi que la branche ischio-pubienne. Il existe une fluctuation manifeste dans la région inguino-pubienne, mais non dans le pli périnéo-crural qui est libre.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont intégralement conservés.

La percussion et la palpation de l'aile iliaque ne sont pas douloureuses.

Le toucher rectal douloureux et difficile à pratiquer à cause d'une intense contracture des releveurs montre qu'il existe un point très douloureux sur la face interne de la branche ischio-pubienne d'autant plus accusée qu'on se rapproche du pubis.

A ce niveau, on constate un gonflement des parties molles sans trouver de collection.

L'enfant étant endormi, on pratique de nouveau le toucher rectal qui confirme les renseignements déjà obtenus et permet de sentir que toute la partie latérale gauche du rectum bombe, refoulée par une collection liquide.

Par une incision parallèle à l'arcade crurale, on ouvre une poche qui laisse écouler environ un litre de pus jaune bien lié, non fétide. Le doigt explore la cavité qui se prolonge vers la branche ischio-pubienne dénudée. — On fait une contre-ouverture au périnée et l'on passe un drain en anse.

L'examen du pus montre l'existence du staphylocoque doré. Des cobayes ont été inoculés et leur examen a démontré qu'ils ne présentaient pas de lésions tuberculeuses.

A la suite de l'intervention, la température descend rapidement, et quelques semaines plus tard, l'enfant quitte l'hôpital le 31 décembre 1907, considéré comme guéri.

Mais depuis lors, à deux reprises, notamment en 1909, la cicatrice de la région périnéo-crurale s'est rouverte donnant issue à de petits séquestres osseux et à un pus séreux. Après une suppuration de quelques jours, la suppuration s'arrêtait d'elle-même.

Vers le 1er septembre 1910, le malade recommence à souffrir, dans la région du petit bassin ; la souffrance est vague. Il y a plutôt une sensation de pesanteur. — Mais bientôt les douleurs se précisent, se font plus nettes au moment de la miction qui provoque une sensation de brûlure. En même temps survient de la pollakiurie. Le malade se lève deux ou trois fois pendant la nuit, et dans la journée urine toutes les deux heures.

L'état restant stationnaire, il entre à l'hôpital le 27 septembre 1910.

En palpant la région hypogastrique, on sent un gros empâtement un peu douloureux dépassant le pubis de 4 travers de doigt et formant une masse médiane immobile, à contours peu nets, large comme la paume de la main.

Par le toucher rectal, on arrive sur une masse énorme d'une dureté ligneuse et complètement immobile qu'on pourrait prendre au premier abord pour un ostéosarcome. Le palper abdominal combiné au toucher permet d'apprécier les dimensions de cette masse grosse comme la tête d'un fœtus à terme, plus étendue à gauche qu'à droite. La pression en est peu douloureuse. Il n'y a d'ailleurs aucune douleur à la défécation.

La pollakiurie accusée par le malade est accompagnée, de polyurie : plus de deux litres et demi d'urines en 24 heures. Les urines contiennent une grande quantité de globules de pus.

L'appétit est resté bon; le malade n'a pas maigri.

La température oscille autour de 38°.

La radiographie montre de grosses altérations sur la branche montante du pubis gaucte. (V. Planche hors texte).

Le 19 octobre, l'état général n'a pas changé; la tumeur a un peu augmenté de volume.

Le 24 octobre, opération. On fait une longue incision verticale dans le pli inguino-scrotal gauche, depuis le pubis jusqu'à l'ischion. On incise jusqu'à l'os à travers les fibres du muscle droit interne. La rugine ne suffisant pas, on entame le périoste au bistouri qui pénètre dans une couche cartilagineuse épaisse.

Le décollement est poussé en dedans jusqu'à la symphyse pubienne, — en dehors jusqu'au trou ischio-pubien. On avance à la gouge et au ciseau jusqu'au bord postérieur du pubis. Un flot de pus jaillit, verdâtre, bien lié, sans odeur. (L'examen bactériologique ultérieur y décela la présence du staphylocoque doré).

On élargit l'orifice osseux. La poche purulente se prolonge en haut et en dehors vers le pli inguinal. Le doigt d'un aide introduit dans le rectum reste très éloigné de la plaie, car il y a une infiltration considérable des parties molles.

Il n'y a pas de séquestre. — On touche à l'alcool pur et l'on draine largement.

Le 26 octobre. Elévation de température à 40°; on fait de grands lavages à l'eau oxygénée.

Le 30. La température est redevenue normale.

Le 10 novembre. La plaie bourgeonne activement mais le trajet du drain ne diminue pas de longueur.

Le 20. La masse hypogastrique a considérablement diminué de volume. Le toucher rectal confirme cette impression.

Les pansements sont faits tous les jours.

Le 15 décembre. La sonde cannelée introduite dans le trajet arrive sur un point osseux dénudé du pubis. La profondeur du trajet atteint encore 7 centimètres. On continue les pansements quotidiens.

En janvier et février, la suppuration continue, mais l'état général est excellent. Les pansements ne sont plus faits que tous les deux jours. On diminue progressivement le calibre du drain.

Le 26 février. On ne sent plus la masse hypogastrique.

Le 1er avril. Devant la continuité de la suppuration, on intervient de nouveau. Chloroformisation. Débridement, curettage à la curette de Volkmann. On ne ramène aucun séquestre. On laisse la plaie largement ouverte.

Les jours suivants, on fait des attouchements à la teinture d'iode.

L'amélioration est progressive et continue. Le 7 mai 1911, l'enfant quitte l'hôpital. Il n'y a plus de suppuration. La cicatrisation est complète: il reste un petit bourgeon charnu à l'extrémité inférieure de la dernière plaie opératoire.

A noter ce fait intéressant que l'attention ayant été attirée du côté des voies urinaires par la fréquence des mictions et la polyurie, on a pu déceler par l'examen après centrifugation et ensemencement la présence de staphylocoques dorés dans les urines.

L'enfant a été revu le 3 décembre 1911. La guérison s'est maintenue. Les cicatrices sont souples, non adhérentes. Localement la palpation qui n'est pas douloureuse révèle, un peu

d'épaississement au niveau du pubis. Par le toucher rectal, on ne provoque aucune douleur sur la face postérieure du pubis qui est volumineuse et rugueuse.

Cette observation est du plus haut intérêt.

Notons tout d'abord l'atteinte de l'état général qui fit porter au début le diagnostic de fièvre typhoïde. Pendant plus de 15 jours, l'erreur se poursuit. Puis les symptômes locaux s'accusent : douleur, fluctuation apparaissent. Le toucher rectal est gêné par une *contracture intense des releveurs* et c'est seulement sous chloroforme qu'on peut apprécier l'existence d'une collection.

La deuxième partie de l'observation n'est pas moins intéressante. La récidive est accompagnée de *troubles de la miction* : brûlure, pollakiurie, polyurie, légère piurie.

La palpation et le toucher combinés révèlent une masse énorme qui eût pu être prise pour un sarcome sans les antécédents. La radiographie (V. Planche hors texte) montre une augmentation de volume dans toutes les dimensions du pubis qui est en outre irrégulier et comme déchiqueté. La trépanation permit un large drainage de la collection pelvienne; dans deux opérations successives, on ne trouve pas trace de séquestre.

A côté de cette observation, nous rapportons le cas de Rocher, très intéressant par ses particularités anatomiques et cliniques.

Ici l'ostéomyélite a été précédée d'une poussée d'épiphysite congestive au niveau de la malléole externe droite.

Les signes locaux se manifestèrent très nettement au niveau de la branche ischio-pubienne : douleur, gonflement, rougeur du pli génito-crural. Il n'y avait pas de collection apparente extra ou intra-pelvienne.

Nous avons déjà fait remarquer à propos de l'anatomie pathologique que la lésion était exclusivement périostée. La trépanation fut cependant pratiquée et ne put que faire constater l'intégrité de l'os. Si cette opération avait été dirigée contre une ostéo-périostite d'un os long, à canal médullaire développé, n'aurait-on pas eu lieu de redouter l'infection de toute la diaphyse comme dans les cas rapportés par M. le Professeur Delbet à la *Société de Chirurgie?*

Obs. X. — *Ostéomyélite aiguë du pubis* (*branche ischio-pubienne droite*).

(Rocher. — *Gaz. hebd. des. Sc. méd. de Bordeaux* 14 janvier 1906.)

Andrée D..., 13 ans 1/2; entre à l'hôpital le 8 mai 1905 parce qu'elle a de la fièvre depuis une semaine environ et des douleurs très intenses à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents.

Le 29 avril, sans cause apparente, d'une façon subite, elle ressentit des douleurs au niveau de la malléole externe droite; celles-ci persistèrent pendant toute la journée.

Le lendemain, les douleurs apparaissent à la partie supérieure et interne de la cuisse droite; néanmoins, pendant plusieurs jours, elle put continuer son travail; elle marchait malgré les douleurs qui s'étendaient du pli crural à l'ischion.

De la fièvre se manifestait et le mal allait progressant. Un

médecin prescrivit des frictions à l'onguent mercuriel et des cataplasmes laudanisés.

Le 4 mai, cette jeune fille qui était placée comme domestique, rentra dans sa famille. Sous l'influence du repos, il se produit une rétrocession légère des douleurs jusqu'au 12 mai ; puis la fièvre devint plus forte, les mouvements plus pénibles et plus douloureux, de telle sorte qu'étant absolument dans l'impossibilité de marcher, on la conduisit dans le service de M. le Professeur Piéchaud.

État actuel. — Depuis le début de l'affection, la malade a beaucoup maigri. Elle est pâle, elle a de la fièvre. Sa température est de 38° 2. Son pouls est rapide : 100 pulsations. Sa respiration est accélérée : 30. Elle dit souffrir beaucoup.

Le membre inférieur droit est placé dans une attitude à peu près normale. On constate seulement un peu d'adduction avec rotation interne. La malade s'asseoit très difficilement dans son lit et nous dit ne pas pouvoir marcher.

A l'inspection, on constate un gonflement très marqué de la partie interne et supérieure de la cuisse droite, s'étendant sur la grande lèvre, *ayant fait disparaître le pli génito-crural* et remontant un peu sur le mont de Vénus.

Les téguments sont rosés ; la température locale est plus élevée ; le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié ; la pression est douloureuse tout le long de la branche ischio-pubienne.

Le maximum de la douleur siège à la partie moyenne de cette région au niveau de la bande cartilagineuse qui sépare encore chez les adolescents la branche descendante du pubis de la branche ascendante de l'ischion.

Malgré le caractère excessif de la douleur, il n'y a pas de foyer fluctuant appréciable.

L'os ne paraît pas plus gros qu'à l'état normal. Le toucher rectal pratiqué démontre que la face interne de la branche ischio-pubienne droite est plus sensible que de l'autre côté, sans cependant que l'on puisse retrouver de douleur aussi

vive que celle produite par la pression au niveau de la face antérieure de cette branche.

Il n'existe pas de collection purulente au niveau de la cavité pelvienne. Il n'y a aucun autre point douloureux au niveau du bassin ; les mouvements imprimés à la cuisse et notamment les mouvements d'abduction sont douloureux à cause des tractions qu'exercent les adducteurs sur la branche ischio-pubienne.

L'articulation de la hanche paraît complètement indemne.

La température, à 9 heures du soir, est de 39°3.

Les urines contiennent de l'albumine.

En présence de tous ces signes, et particulièrement de cette douleur nettement localisée au niveau de la branche ischio-pubienne, nous portons le diagnostic d'ostéomyélite aiguë de cette branche.

Intervention le 9 mai 1905, sous chloroforme. Position de la taille. Incision de 8 centimètres environ le long du pli génito-crural, directement au niveau de branche ischio-pubienne.

Les téguments sont très légèrement œdematiés. Le périoste est incisé jusqu'à l'os, au ras des insertions des adducteurs. Il est décollé à la rugine et, en contournant le bord externe de cette branche, on donne issue à une certaine quantité de pus collecté du côté de la cavité pelvienne. Ce pus était probablement collecté en nappe derrière la branche descendante et le corps du pubis. Il contenait du staphylocoque blanc.

La branche ischio-pubienne est trépanée à la gouge, mais le tissu osseux ne présente aucune altération évidente et ne contient pas de pus.

Il existe un prolongement de l'abcès au milieu des fibres d'insertion du grand adducteur. A ce niveau, le périoste présente une solution de continuité de la dimension d'un confetti.

On fait des lavages à l'eau oxygénée de la cavité purulente : on passe un drain dernière la branche ischio-pubienne ; on suture les extrémités de la plaie. Pansement sec.

Dans la soirée, la malade est agitée. A 4 heures, nous notons

39° 4 de température, 100 pulsations. 30 respirations à la minute.

Le 10 mai, la température du matin est de 38° 2, le soir 39° 4. Le facies de la malade est très fatigué : elle souffre. Le pansement est changé à chaque miction; on note 600 grammes d'urines en 24 heures. La nuit est meilleure que la précédente.

Le 11 mai, la température est le matin 37° 3, le soir 38°5. Les urines sont toujours chargées ; elles contiennent de l'indican, des pigments biliaires, des traces d'albumine.

On fait des lavages de la plaie à l'eau oxygénée.

La température se maintient encore élevée, surtout le soir, jusqu'au 17 mai. A partir du 18 jusqu'au 23, on note un abaissement progressif de la température. La malade présente un bon aspect.

La suppuration est légère; on remplace un drain par une mèche de gaze. Au milieu du mois de juillet, à l'exploration au moyen du stylet, on rencontre *un petit séquestre lamellaire* qu'on extrait à la pince.

A partir de cette époque, la suppuration tarit devient imperceptible. On cautérise les bourgeons exubérants par la teinture d'iode et le nitrate d'argent.

Le 26 août, la malade quitte l'hôpital sans aucune claudication et complètement guérie.

Avec les observations suivantes, nous pouvons entrevoir la gravité de certaines formes où l'extension des lésions conduit à des interventions successives, sans que la marche de l'ostéomyélite puisse être enrayée.

Obs. XI. — *Ostéomyélite du pubis — Interventions multiples. — Mort.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Gontran Ch..., 11 ans; 5, rue Furtado Heine, entre à l'hô-

pital des Enfants malades, salle Baffos, n° 21, le 9 novembre 1905.

A. H. et A. P. sans intérêt.

Depuis un an et demi environ, l'enfant se plaint de douleurs dans les membres inférieurs, particulièrement au haut des cuisses. Vers le mois d'août, il commence à boîter un peu. On l'envoie à la campagne,

Le 5 novembre, il revient de vacances. Son père constate qu'il boite un peu plus qu'au départ. D'ailleurs l'enfant souffre davantage. Il rentre à l'école le 6 et le 7 novembre.

Le 8 novembre, l'enfant parti à l'école le matin ne peut plus revenir chez lui. Il a été pris brusquement d'une violente douleur siégeant au niveau de la région inguinale droite. Le 9 novembre, un médecin appelé fait transporter le malade à l'hôpital.

Le 9 novembre, on constate que l'abdomen est modérément ballonné surtout au niveau de la région ombilicale; il est partout indolent et facilement dépressible, mais au niveau du pubis et dans la région hypogastrique, on sent très nettement une *tuméfaction dure qui remonte à trois travers de doigt* le long des muscles droits, un peu plus haut à droite qu'à gauche. A ce niveau, la douleur est extrêmement accentuée. Il y a même un peu de rougeur de la peau. Toute la région est œdématiée; il existe de l'œdème du scrotum, surtout à droite.

La pression sur la branche montante du pubis droit est très douloureuse.

Le 10 novembre : chloroformisation. Incision verticale et médiane sus-pubienne. On ouvre une cavité tomenteuse, pleine de pus et de gaz. Une sonde introduite dans la poche vient saillir à la partie supéro-interne de la cuisse droite où l'on pratique une contre-ouverture. Les deux plaies sont réunies par un drain en anse.

A la suite de l'intervention, rémission thermique et légère amélioration de l'état général, qui ne tarde pas à s'aggraver de nouveau. Le 7 décembre, la température est remontée progressivement à 39° 2.

Le 8, nouvelle intervention, La sonde cannelée introduite par l'incision hypogastrique conduit sur le pubis. On ne trouve pas de dénudation osseuse. La cavité purulente présente un diverticule à gauche; on fait une contre-ouverture dans le pli inguinal gauche et l'on place un drain en anse, de telle sorte que de la plaie hypogastrique partent deux drains, l'un à droite, l'autre à gauche.

Le 28 décembre, devant la continuité de la fièvre, on refait le pansement sous chloroforme. On explore le pubis à la sonde cannelée. La branche horizontale est dénudée. On introduit un drain volumineux jusqu'à la contre-ouverture de la cuisse droite. On immobilise dans un appareil plâtré le membre dont les moindres mouvements provoquent de vives douleurs. Le 19 janvier 1906, on ne note aucune amélioration ni locale ni générale. On intervient de nouveau sous chloroforme; on réunit par une large incision les deux orifices pubien et inguinal droits. Une sonde cannelée introduite par la région hypogastrique et, suivant la branche ischio-pubienne, vient faire saillie en dedans de la tubérosité de l'ischion droit. On établit une contre-ouverture. Le dilatateur de Bigelow est introduit et ramène un séquestre. On passe un drain.

Les jours suivants, la suppuration continue à être très abondante. L'état général s'aggrave. Le malade épuisé meurt le 8 février 1906. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Il faut s'arrêter un peu longuement à cette observation. L'enfant a souffert pendant un an et demi de vives douleurs de croissance. Insidieusement, la lésion pubienne s'est préparée : douleurs vagues, boiterie en ont précédé l'éclosion.

Le début proprement dit a été violent. La souffrance a été si vive que la marche est devenue impossible.

L'examen local révèle un gonflement de la région hypogastrique ayant tout l'aspect d'un phlegmon de la

cavité de Retzius; mais la douleur très précise indique le siège de la lésion.

Trois interventions successives ne produisirent aucune amélioration; et le malade mourut, après une longue suppuration que trois mois de soins n'avaient pu améliorer.

Et ici nous devons insister sur les difficultés que comportent ces soins. Les pansements sont parfois très douloureux. La situation des plaies au voisinage des orifices naturels les expose à des souillures constantes qui entretiennent et aggravent l'infection.

Nous avons pu voir et soigner pendant 4 mois une fillette de 9 ans qui succomba d'épuisement après une suppuration continue ; quelque soin, quelque douceur qu'on apportât à refaire les pansements, la malade craignant de souffrir au moindre mouvement se salissait constamment. L'infection s'aggrava et finit par gagner par l'articulation de la hanche; une résection n'enraya pas la marche de la maladie.

Obs. XII. — *Ostéomyélite du pubis gauche. — Envahissement secondaire de l'articulation de la hanche. — Mort.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Lucie R... ; 9 ans; entrée le 12 avril 1907, salle Bouvier, n° 21.

En septembre 1906, l'enfant à la suite d'une chute sur le genou gauche eut un abcès développé sur la partie externe de la région, qui fut incisé et guéri en 40 jours.

Le 6 avril 1907, dans la soirée, l'enfant accuse de violentes douleurs de tête qui ont persisté le lendemain. C'est seulement

le 7 avril au soir que se sont manifestées de vives douleurs dans la cuisse gauche. Dans la nuit, les douleurs disparaissent et ne surviennent de nouveau que dans la journée, mais moins violentes que la veille. L'enfant garde cependant le lit. Il ne semble pas y avoir eu de manifestation fébrile intense (la température n'a pas été prise) jusque dans la nuit du 9 au 10 où la fièvre se déclarait et atteignait 39° 9; le 11, 39° 2 le soir.

A ce moment, les douleurs de tête ont beaucoup diminué; mais l'enfant souffre plus dans la cuisse gauche et commence à éprouver de vives douleurs dans l'aîne.

Il n'y a pas eu de garde-robe depuis le 9; un vomissement alimentaire est survenu le 9 au soir. La malade est mise au régime lacté. Nouveau vomissement le 12 au matin.

Amenée à l'hôpital le 12 dans un état général grave, — la température à 40°, le pouls à 120, — la fillette présente un aspect infecté. Elle est agitée. La face est violacée, la langue très sururrale.

Le membre inférieur gauche est maintenu en flexion, abduction, rotation externe. Au niveau du triangle de Scarpa, il existe un gonflement sans rougeur. La palpation de toute la région de la hanche est douloureuse. On trouve également de l'empâtement dans la fosse iliaque interne dont la palpation est très douloureuse.

L'examen étant très difficile, on endort le malade; on constate mieux alors tout l'empâtement de la région jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les mouvements de la hanche sont libres; cependant l'extension complète est difficile. Le grand trochanter est normal ainsi que la région postérieure de l'articulation.

Par le toucher rectal on ne trouve pas d'abcès.

Injection de sérum, injection intra-veineuse de collargol.

On prélève du sang dont la culture a montré la présence de staphylocoques.

Le lendemain, 13 avril, les phénomènes généraux s'aggra-

vant, la tuméfaction et l'œdème de la région ayant augmenté ; on fait sous chloroforme une incision au côté interne du pli de l'aîne dans la région des adducteurs. On arrive sur l'os. On ne trouve ni pus, ni dénudation osseuse.

Injection de sérum : 250 grammes. Injection intra-veineuse de collargol.

14 avril : l'état ne s'est pas aggravé. La température tend à diminuer. Pas de pus dans le pansement; on fait de nouveau une injection intra-veineuse de collargol.

Lundi 15 avril : température 38°9. Etat général un peu meilleur; moins d'agitation. L'enfant est somnolente le jour, les nuits sont très mauvaises.

Selles abondantes, noires et fétides.

On continue le collargol.

Le soir, température 40°. Le pansement est refait et l'on trouve les compresses souillées de pus qu'on voit sourdre par l'extrémité inférieure de la plaie. En pressant sur la région des adducteurs, toujours rouge et œdématiée, on évacue au moins une cuillerée à soupe de pus. La palpation de la branche ascendante du pubis réveille une forte douleur.

On introduit un drain dans le trajet.

Mardi 16 avril : le malade est plus calme, l'état général meilleur. La température est descendue. La douleur locale est légère.

Rien à l'auscultation des poumons et du cœur.

Le 17 : nuit mauvaise. Le pansement est souillé de pus ; on évacue une grosse quantité de liquide purulent en pressant la région des adducteurs.

Le 19 : chloroformisation. On trouve une dénudation osseuse étendue sur le pubis. On passe en arrière du pubis avec la sonde cannelée ; contre-ouverture à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Drain en anse.

Le 21 : le pansement est traversé par une suppuration abondante. La température oscille toujours entre 38° et 39° mais l'état général s'améliore. La malade est beaucoup moins agitée.

Les jours suivants, la température est toujours élevée le soir avec des oscillations de 1 ou 2 degrés. Le pansement fait chaque jour donne beaucoup de pus.

Le 6 mai, apparaît à la région cervicale droite une tuméfaction régulière, ovoïde, à grand axe vertical remontant au devant du sterno mastoïdien et semblant se prolonger derrière la clavicule.

La peau est lisse, légèrement tendue, parcourue de veinosités.

La fluctuation est évidente. Il existe une douleur en un point très limité à la partie interne de la clavicule.

Le 10 mai : incision de 3 centimètres; on évacue un pus verdâtre d'abord épais, puis plus fluide. L'odeur en est fade, assez pénétrante. On retire ainsi 500 grammes de pus. Un drain est introduit dans la cavité qui se prolonge de 4 à 5 centimètres dans la partie supérieure du médiastin.

On refait le pansement de la hanche. Pendant les manœuvres d'extension, on fait jaillir en abondance un pus marron fétide qui semble venir de la cuisse plutôt que du pubis. Le drain en anse est supprimé; puis par l'expression de la racine de la cuisse, on évacue une énorme quantité de pus.

Pendant les mouvements de flexion et d'extension, on perçoit de gros craquements dans l'articulation de la hanche.

Lavage et pansement.

L'enfant est placée sur un matelas d'eau et l'on applique une extension de 3 kilogrammes.

29 mai : chloroformisation. En arrière du grand trochanter, on fait une incision courbe à convexité postérieure comme pour une résection. Incision du grand fessier. Une sonde cannelée introduite par l'orifice de la face interne de la cuisse ressort en arrière et sert à entraîner un gros drain.

Les jours suivants, on ne constate pas d'amélioration. Les pansements sont très difficiles à faire, extrêmement douloureux. De plus l'enfant, appréhendant le moindre mouvement,

souille son pansement d'urines et de matières qui entretiennent et aggravent l'infection.

Le 5 juin : la suppuration locale étant toujours très abondante et son évacuation incomplète, l'enfant est endormie de nouveau. L'incision postérieure est prolongée par en haut. On traverse les grand et moyen fessiers; l'on arrive sur la partie supérieure du col fémoral tapissé de fongosités. En imprimant au membre un mouvement de flexion et de rotation interne, on fait saillir la tête fémorale.

Dans cette manœuvre, le col se brise et la tête reste adhérente au fond de la cavité cotyloïde; à l'aide d'une curette de Volkmann, on essaie de l'extraire. On ramène un séquestre du volume d'une noisette. Ce n'est qu'après des tentatives répétées qu'on arrive à faire bâiller l'articulation suffisamment pour ramener la tête complètement séquestrée et dépourvue de cartilage. Drainage et pansement après application d'acide phénique pur et d'alcool.

La suppuration est toujours très abondante; la malade souille son pansement plusieurs fois par jour. L'amaigrissement est considérable : la température présente toujours de grandes oscillations de 37° à 38° ou 39°.

Le 30 juillet 1907, l'enfant arrivée à un état extrême d'émaciation, meurt après une courte agonie.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

C. Forme infectieuse. — Dans sa forme la plus grave, l'ostéomyélite pubienne prend l'aspect d'une maladie générale.

Dans l'observation si intéressante de Secheyron, il y a une atteinte si grave de l'état général, un aspect si nettement typhique, accompagné de ballonnement du ventre et de diarrhée que l'on peut penser à la fièvre typhoïde.

Sans doute ici l'on aurait dû opérer. Mais n'oublions pas que cette observation a 20 ans de date, et il est difficile d'affirmer l'efficacité d'une intervention dans un état infectieux si grave.

Le cas n'en est pas moins intéressant, et par l'erreur de diagnostic à laquelle il a donné lieu, et par l'évolution, et par les lésions que révéla l'autopsie.

Obs. XIII (résumée). — *Ostéomyélite du pubis. — Mort.* in Secheyron. *Arch. Gén. de Méd.* (1888, T. I, p. 54).

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, robuste. La maladie a débuté 5 ou 6 jours avant l'entrée à l'hôpital par des douleurs très vives au-dessus de l'arcade de Fallope, au niveau de l'anneau inguinal gauche et de la fièvre.

Il marche le corps plié en avant, appuie la main au niveau de l'anneau inguinal gauche. La physionomie a une expression douloureuse. Température 39°.

Les organes génitaux sont en bon état. — Rien aux anneaux herniaires.

Il existe une douleur très vive dans la fosse iliaque gauche, exaspérée par la pression et la palpation. Le ventre est légèrement tendu, et il y a un empâtement profond le long de l'arcade de Fallope. Une plaque d'induration ovalaire à contours mal définis va du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Langue rouge et fuligineuse.

Diagnostic : Inflammation de la fosse iliaque; — traitement : repos au lit et sangsues.

L'état reste stationnaire pendant 3 jours, s'améliore au 5e.

Alors survient une diarrhée jaunâtre. Le ballonnement du ventre augmente; *on pense à la fièvre typhoïde*, mais l'on ne

voit pas de taches rosées lenticulaires. L'état général s'aggrave On note des trémulations des muscles de la face.

Cependant l'état local s'améliore. Des douleurs articulaires apparaissent au coude gauche et à l'épaule droite.

Le malade meurt au 15e jour de maladie, 9 jours après son arrivée à l'hôpital.

Autopsie. — On trouve une volumineuse collection en arrière de l'orifice inguinal. Le pubis est dénudé. En arrière de lui, existe une cavité purulente mal circonscrite.

Le bord supérieur et la face postérieure de l'os sont décollés. Deux fusées purulentes se dirigent : l'une en avant du trou obturateur, l'autre jusqu'à l'articulation coxo-fémorale qui est indemne, Il n'y a pas de ganglions.

La symphyse pubienne est disjointe ; on constate la présence de petits amas crémeux dans la symphyse et dans la région épyphysaire.

§ 2. — Il nous est possible maintenant de donner une vue d'ensemble de l'ostéomyélite du pubis.

Début. — Le début peut être *lent* et précédé de prodromes : il semble que ce soit plutôt le cas des affections bénignes.

Un début *brusque* est en rapport avec l'évolution rapide d'une ostéomyélite grave.

Comme symptômes fonctionnels, une violente douleur ; comme signes physiques, le réveil de cette douleur par la palpation en un point limité ; comme phénomènes généraux, une fièvre élevée : tels sont les éléments que nous devons analyser dans l'étude de l'ostéomyélite pubienne.

Symptômes fonctionnels. — La douleur assez vague au début est localisée par le malade dans la région

inférieure de l'abdomen, soit dans la région hypogastrique, soit encore dans une des fosses iliaques ou dans la région inguinale quand il s'agit d'une ostéite de la branche horizontale du corps, ou de l'angle du pubis.. Quand la région ischio-pubienne est intéressée, elle siège plutôt dans la région périnéo-crurale ou à la racine de la cuisse.

Cette douleur spontanée, est exaspérée par la marche et peut provoquer une contracture et amener le sujet à prendre une attitude spéciale.

« Le malade marche le corps plié en avant, appuie la main au niveau de l'anneau inguinal. » (V. sup. Obs. XIV). La marche peut être absolument impossible (Obs. XI et XII).

Comme autres troubles fonctionnels, il faut signaler la constipation et les vomissements, car ils peuvent induire en erreur et aiguiller le diagnostic vers l'appendicite ou autres affections intestinales.

Signes physiques. — L'examen local ne révèle dès le début qu'une douleur extrêmement vive en un point limité, douleur que l'on peut éveiller par la palpation ou la percussion de la région angulaire et des branches, ou encore par le toucher rectal — pour les lésions localisées à la face postérieure de l'os.

Notons à ce propos la contracture possible du releveur qui peut empêcher d'apprécier de grosses lésions (Obs. X).

L'abdomen peut être météorisé ou contracturé. Dans cet examen physique, il importe de ne pas se laisser guider par les phénomènes abdominaux.

Il est rare qu'au début on puisse trouver de l'empâtement, à plus forte raison de la rougeur ; mais la circulation collatérale est assez rapidement développée.

Symptômes généraux. — Ce sont surtout les phénomènes infectueux qui, dans les formes aiguës, les plus fréquentes et les plus intéressantes au point de vue du pronostic et du traitement, vont attirer l'attention.

L'état général est grave, la fièvre élevée : 39°, 40° ; le pouls rapide. Habituellement, la lucidité est respectée ; cependant dans les formes suraiguës, le délire peut être précoce.

Le facies peut présenter l'aspect typhique : la langue sèche, rôtie, les dents fuligineuses, les mouvements fibrillaires des muscles des lèvres et de la face indiquent une infection grave.

État. — La période de suppuration peut se manifester rapidement ou au contraire n'apparaître qu'après de trop longs jours où le diagnostic est resté en suspens. Les phénomènes généraux et fonctionnels ne changent guère, tant qu'on n'est pas intervenu.

La température est élevée, l'état général grave, la douleur vive et l'impotence fonctionnelle absolue.

Les signes physiques acquièrent au contraire une importance diagnostique plus grande.

La *douleur* est plus facile à préciser. La palpation méthodique la réveille en un point fixe.

Mais c'est la présence des *signes de suppuration* qui va donner un aspect plus caractéristique à la maladie.

Outre le développement de la circulation veineuse qui est précoce, il peut se manifester une *tuméfaction* plus ou moins appréciable à la vue, plus nette à la palpation et dont la situation peut être une indication précieuse sur le siège de la lésion.

Elle affectera l'aspect d'un phlegmon de la cavité de Retzius dans les lésions de la surface angulaire et de l'épine ; plus accentuée du côté intéressé, elle est ovoïde, remonte à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du pubis. Sans doute, bien des phlegmons dits idiopathiques de cette région ont pour cause une lésion osseuse.

Lorsqu'il s'agit de la branche horizontale, la collection tombe dans la région inguinale, surtout en dedans des vaisseaux fémoraux. L'arcade crurale est alors soulevée par une voussure plus ou moins accentuée suivant les cas. Le pus peut se faire jour vers la cuisse par le canal crural.

Dans sa thèse, M. Goullioud rapporte une observation où cette migration est très nette. (Goullioud, Th. Lyon 1883, Obs. V). On trouva à l'autopsie un vaste abcès qui, parti de la région du pubis, avait fusé le long du psoas.

Les suppurations de la branche ischio-pubienne amèneront un gonflement de la région périnéale (Obs. XI).

Lorsque l'intervention n'est pas pratiquée à temps, et si le malade ne succombe pas à l'infection, le pus se fait jour de lui-même au dehors. Il se produit alors des fistules entretenues par des rétentions de pus et la présence de séquestres. Ces fistules peuvent siéger à la

région hypogastrique ou inguinale; mais le plus souvent dans le pli-crural, en plein périnée.

Dès l'apparition des signes de suppuration: tuméfaction douloureuse et enflammée, le doute n'est plus possible.

Mais ici encore l'efficacité du traitement est fonction de la précocité et surtout de l'atteinte de l'état général.

Même échappant aux premiers dangers de l'ostéomyélite elle-même, le malade n'est pas à l'abri des complications que nous étudierons simultanément pour toutes les manifestations de l'ostéomyélite iliaque.

III — **Ostéomyélites de l'ischion.**

§ 1. - Les éléments font défaut pour décrire l'ostéomyélite de l'ischion. On ne peut donc qu'être frappé par la rareté de cette localisation.

Giraldès (*in Mal. chir. des Enfants*, 1869, p. 780) cite une observation de périostite phlegmoneuse de l'ischion guérie après ablation d'un séquestre. Lannelongue en communique un autre en 1879 à la *Société de Chirurgie*. Bergmann mentionne quatre cas (Erfahrungen über Beckenosteomyelitis—*Arch. f. kl. Ch.* 1906. 81-1 p. 504). De ses observations, nous ne pouvons retenir que deux. Des deux autres, l'une est manifestement une tuberculose de la hanche fistulisée et secondairement infectée. L'autre est une ostéomyélite de la hanche intéressant à la fois ilion, pubis, ischion et fémur.

Obs. XIV. — *Périostite phlegmoneuse de l'ischion. — Ablation d'un séquestre. — Guérison.*
(Giraldès, *Maladies des enfants*, 1869, p. 780).

F..., Auguste, âgé de 6 ans, entré à l'hôpital le 6 février.

A ce moment, il avait au périnée une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, molle, fluctuante, recouverte par la peau qui était rouge et chaude. Il s'agissait là d'un abcès enkysté de la région moyenne du périnée. Une incision pratiquée quelques jours après l'admission ayant permis de vider la poche, nous pûmes constater par l'introduction du doigt dans la plaie que la branche montante de l'ischion était dénudée.

En raison de l'apparition rapide de l'abcès, nous pensâmes que la dénudation de l'os, la nécrose étaient dues à une périostite phlegmoneuse circonscrite.

Après l'ouverture de l'abcès, la plaie, loin de diminuer s'agrandit et prend une physionomie peu satisfaisante. Cela tient à la présence de l'os nécrosé et à une influence spéciale de l'âge. Chez cet enfant, l'ischion et le pubis n'étant pas tout à fait ossifiés, il en résulte que la portion nécrosée, mobile, flottante, irrite la plaie à la manière d'un corps étranger. De là, cette suppuration continue.

On extrait le séquestre. Les fragments formaient ensemble une masse de 3 centimètres de long environ. Pendant quelque temps, on a fait des injections iodées, puis on a badigeonné la plaie avec une solution de nitrate d'argent.

Au bout d'un mois, on ne sentait plus l'ischion et la cicatrisation des parties molles se faisait, quoique avec lenteur.

Les détails manquent sur les phénomènes fonctionnels généraux qui accompagnèrent l'apparition de cet abcès manifestement ostéomyélitique. Il semble que la marche de l'affection ait été rapide et bénigne. C'est d'ailleurs la caractéristique générale de cette localisation. On le voit encore par l'observation suivante :

Obs. XV. — *Ostéomyélite prolongée de l'apophyse ischiatique.*

(Lannelongue, *Bullet. Soc. Chir.*, avril 1879).

R..., (Adolphe), âgé de 6 ans; entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 7 août 1877, Salle Napoléon, n° 40; sorti le 28 décembre 1877.

C'est un enfant chétif, pâle, d'apparence délicate. Pourtant il n'a eu que la rougeole à l'âge de 2 ans, mais il s'enrhume fréquemment. Il a perdu son père d'une affection de poitrine.

Sans cause, sans motif, il y a deux ans il commença à se plaindre de douleurs dans la fesse du côté gauche; il boitait de temps en temps; on ne fit aucune attention à lui : il jouait comme les autres enfants. Deux mois plus tard, un gonflement se montra à la partie inférieure de la fesse gauche, au niveau du pli qui sépare la fesse de la cuisse en arrière. Ce gonflement s'ouvrit spontanément après 15 jours de séjour au lit. Depuis lors, il est resté un trajet fistuleux qui ne s'est jamais fermé.

Au mois d'août 1877, il entre à l'hôpital Sainte-Eugénie et lorsque je reprends mon service le 1er novembre, je constate l'existence d'un orifice résultant de l'ouverture de l'abcès. A cet orifice succède un trajet fistuleux, qui se dirige en haut vers l'ischion. Le stylet engagé arrive au fond d'une cavité à 5 centimètres de profondeur sur une portion de l'ischion qui est dénudée et offre une certaine résistance; la pression ne permet pas d'entrer dans l'intérieur de l'os; mais le stylet se promène sur une surface de 1 à 2 centimètres environ.

L'exploration de l'ischion à travers les parties molles ne fait reconnaître qu'une légère augmentation de volume de cette éminence. L'état de la hanche et de l'articulation sacro-iliaque examinées avec soin ne révèle aucune lésion.

La suppuration qui s'écoulait par le trajet était médiocre; pourtant la santé générale de l'enfant exprimait une certaine

souffrance. La respiration pulmonaire était d'une pureté parfaite. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines.

Le 5 novembre, après avoir dilaté le trajet fistuleux, je me bornai à ruginer la surface de l'ischion dénudée, et je restai frappé de la résistance que j'éprouvais à attaquer l'os.

Les suites de cette petite opération furent sans résultat d'abord; elles devinrent même plus tard mauvaises, car la suppuration se fit extrêmement abondante. L'enfant pendant quelques jours eut un peu de fièvre; il ne mangeait plus.

Les lavages du trajet, des injections iodées et acidulées n'amenant aucun résultat, je me décidai à pratiquer la résection et la tubérosité de l'ischion. L'opération fut pratiquée le 12 décembre 1877. Elle fut extrêmement simple. Après avoir agrandi le trajet par une incision parallèle au bord inférieur du muscle grand fessier, j'arrivai promptement sur l'éminence ischiatique. En recherchant alors la résistance de la partie dénudée avec mon doigt, je trouvai une mobilité de l'éminence ischiatique. Il me suffit alors de détacher faiblement les insertions musculaires avec le détache-tendons, et j'obtins ainsi tout d'une pièce le sommet de l'ischion. Je ruginai faiblement la portion osseuse restante. Les suites de l'opération furent très simples et surtout très rapides. Le 20 décembre, l'enfant était guéri. Son trajet était fermé, et depuis, la guérison s'est maintenue définitive.

Il faut remarquer ici la longue durée de l'affection. Le début fut annoncé par des douleurs et de la boiterie. Deux mois après, spontanément, un abcès s'évacua et pendant deux ans une fistule persista. La période aiguë passa inaperçue et il s'agit ici d'une ostéomyélite chronique d'emblée.

Toute la tubérosité ischiatique formait un séquestre

dont l'extraction fut des plus simples; elle fut suivie rapidement d'une guérison définitive

Des deux observations de Bergmann, la première doit inspirer quelques réserves. Il s'agit d'une femme de 30 ans qui vit survenir sans cause valable une tuméfaction au niveau de la tubérosité ischiatique. L'âge déjà n'est plus celui des ostéomyélites. Il ne sembla pas que l'état général ait été affecté de quelque manière que ce soit. La fièvre n'est pas signalée. L'examen du pus n'a pas été fait: ne peut-il pas s'agir ici de tuberculose?

L'origine même de la lésion est douteuse; le trajet fistuleux va d'une part au trochanter qui paraît intéressé et d'autre part à l'ischion. Quelle est la lésion initiale? L'auteur lui-même ne peut s'empêcher de faire quelques réserves à ce sujet :

Obs. XVI. — *Ostéomyélite de la tubérosité ischiatique droite.*

(Obs. 14 de Bergmann, *l. c.*, p. 530).

A. H..., : 30 ans ; du 5 novembre au 14 décembre 1891.

Anamnèse. Il y a trois semaines, la malade remarqua au haut de la cuisse droite à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité ischiatique une induration sous-cutanée de la grosseur d'une noix, douloureuse dans la station assise. La malade ne peut rien dire sur le début de l'affection ; elle indique seulement qu'elle est tombée violemment sur la tubérosité.

Pas de tuberculose dans la famille.

E. A. — Taille moyenne, frêle, bonne nutrition. — Au haut de la cuisse droite, à quatre doigts au-dessous de la tubérosité et appliquée contre le biceps, se trouve une tuméfaction

d'environ 4 centimètres carrés palpable sous la peau, mais non adhérente, dure, nou fluctuante et à contours arrondis. La palpation de l'ischion n'est pas douloureuse, au contraire de la station assise.

Opération, 6 novembre 91. Sous anesthésie, incision de 12 centimètres. La tumeur est mise à nu ; elle consiste en tissus inflammatoires et en fibres effilochés. Il y a un prolongement vers l'ischion. Pour l'extirper, il faut faire une nouvelle incision perpendiculaire à la première. La tumeur est ouverte accidentellement et laisse échapper du pus. On se heurte à un séquestre de 1 c/m. sur 0,5 c/m. libre dans le pus. Le trajet de la fistule est disséqué ; il est borgne et va jusqu'au trochanter qu'il pénètre. On ne peut décider si son origine est trochantérienne ou ischiatique. Tamponnement, quelques sutures.

11 nov. — On enlève la plupart des sutures ; il n'y a pas de fièvre.

13 nov. — Presque pas de suppuration ; toutes sutures sont enlevées sauf une.

14 nov. — Malade part avec une fistule.

La seconde observation est un peu plus nette. Cependant il convient encore de se demander si la tuberculose n'est pas en jeu. L'examen du pus, n'a pas été fait ; le malade a plus de 30 ans ; l'affection a évolué sournoisement pendant six mois sans qu'il y ait eu atteinte de l'état général.

Obs. XVII. — *Ostéomyélite de l'ischion.*

(Obs. 15, v. Bergmann, p. 530).

O. D.., ouvrier, 31 ans ; du 9 février au 18 mars 1905.

Anamnèse. Depuis 5 ou 6 mois, le malade a reconnu la présence d'un gonflement de la région fémoro-fessière droite. Il

y a quelque temps cette tuméfaction a donné issue à une très grande quantité de pus et à quelques débris d'os. La douleur empêche la marche.

E. A. Taille moyenne. Bonne nutrition. Apparence saine. Pouls et température normaux. L'examen des organes est négatif.

Localement, la région tubérositaire droite est enflée et très douloureuse au toucher. A cet endroit, la peau est rouge cuivre sur une largeur de paume de main et présente un orifice de fistule qui secrète peu de pus.

Le malade immobilise le bassin, qui d'ailleurs ne paraît pas atteint. La grande sensibilité de la tubérosité empêche la palpation.

Opération le 12 février, sous chloroforme. Incision longue dans le pli périnéal. Ouverture d'un abcès qui s'étend extérieurement jusqu'au trochanter. Cet abcès est relié par un court trajet à un second qui entoure l'ischion, sur la surface externe duquel on trouve de petits séquestres d'environ un centimètre. On les extrait; puis on gratte à la curette et l'on tamponne largement la plaie.

Le soir de l'opération, température 39°2; elle se maintient jusqu'au 16 février au-dessus de 38°.

A partir du 18 février, la température dépasse rarement 37° et de quelques dixièmes seulement.

15 février : on enlève les tampons. Un flot de pus s'écoule du fond de la plaie et principalement du trochanter. Cette abondante suppuration se tarit peu à peu.

28 février : le patient peut s'asseoir sans douleur.

18 mars : sur sa demande et à cause de son excellent état général, le malade quitte l'hôpital. L'articulation de la hanche est libre. Mais il y a encore une sécrétion notable de la plaie.

§ 2. — Il est bien hasardeux avec si peu d'éléments de donner une description d'ensemble de l'affection.

L'apparition est lente et progressive dans les quatre

cas. La douleur spontanée paraît peu accentuée. Dans l'observation de Lannelongue, l'enfant continuait à jouer avec seulement parfois des poussées douloureuses et un peu de boiterie. La douleur provoquée est surtout accentuée dans la station assise. Notons cependant que dans l'Observation XVII (de Bergmann), la région tubérositaire était si douloureuse que toute palpation était impossible.

La suppuration trouve une issue facile par le fait même de la situation superficielle de l'os. La saillie de la tuméfaction se manifeste soit à la partie moyenne du périnée, soit au bord inférieur de la fesse, dans le pli fémoro-fessier, ou plus en dehors vers la région rétro-trochantérienne.

Rare, *localisée*, *bénigne*, tels semblent être les traits essentiels de l'ostéomyélite de l'ischion.

CHAPITRE IV

EVOLUTION. COMPLICATIONS.

I. — Il est difficile de donner une indication d'ensemble sur l'évolution des ostéomyélites de l'os iliaque.

En parcourant les observations rapportées, on a pu voir combien la marche de la maladie diffère d'un cas à l'autre, et combien de facteurs sont en jeu.

La localisation a une grande importance : les lésions épiphysaires de l'os iliaque semblent avoir une gravité moindre que celles du corps de l'os.

Les suppurations de la fosse iliaque externe, plus accessibles, sont moins redoutables et d'une évolution plus rapide que celui de la fosse iliaque interne.

Nous avons indiqué le bon pronostic des ostéomyélites ischiatiques et la gravité plus grande des localisations pubiennes.

Les cas les plus favorables sont ceux dont le début a été progressif. Ils correspondent en général à des lésions superficielles sous-périostées et il suffit alors de drainer la collection pour voir les quelques symptômes généraux s'atténuer et survenir la guérison. Dans ces cas bénins, elle se fait en un laps de temps qui varie de quelques jours à deux ou trois mois.

Néanmoins, même dans ce premier groupe, on peut voir la suppuration se prolonger, des complications survenir, et les malades restent exposés aux récidives.

Dans les affections qui prennent dès le début une allure plus aiguë avec des phénomènes locaux intenses, indiquant une lésion étendue et des symptômes généraux accentués (indice d'une infection générale sérieuse), le pronostic est en rapport avec la précocité de l'intervention. Malheureusement ce sont ces cas dont le diagnostic est le plus difficile et le plus tardif.

La maladie ne peut avoir de limites fixes. Comme dans toute ostéomyélite, la suppuration peut se prolonger pendant des mois et des années, si large qu'ait été l'intervention. Nous sommes alors en présence d'ostéomyélites chroniques que nous n'avons pas à étudier ici.

Quant aux cas suraigus, ils sont désespérants pour le chirurgien. Dans un temps qui varie de quelques heures à quelques jours, malgré même une opération hâtive et large, le malade succombe emporté par la septicémie.

II — Nous n'étudierons comme complications de l'ostéomyélite pelvienne que celles qui sont propres à cette affection, du fait de sa situation particulière. Nous devons seulement indiquer que là, comme dans toute ostéomyélite, la suppuration peut se disséminer au loin en foyers secondaires multiples.

Nous ne nous occuperons donc que des complications locales.

A) Au cours d'une ostéomyélite opérée, on voit bien souvent survenir des épisodes qui prennent parfois

une allure inquiétante : une rétention de pus, un pansement souillé, et la plaie se réinfecte. Une saute brusque de température qui va se prolonger aussi longtemps que sa cause l'indique le plus souvent. Mais il arrive que ce renouveau, cette extension de la suppuration se font sournoisement et c'est alors à l'occasion d'un pansement qu'on découvrira par hasard la présence de collections nouvelles.

C'est particulièrement au niveau du pubis que la région est plus exposée à la contamination par les matières fécales. Les pansements sont, de plus, extrêmement douloureux et risquent fort d'être imparfaits. Il en résulte de véritables poussées de septicémie qui durent un temps variable, qui peuvent céder sous l'influence d'un traitement local, mais qui nécessitent souvent des interventions multiples pour enrayer la marche de la suppuration et évacuer les nouveaux clapiers purulents.

B) La complication la plus grave et la plus fréquente est certainement l'envahissement des articulations voisines et en particulier celle de la hanche.

a) *Arthrites secondaires de la hanche.* — Les lésions du pubis, celle de la surface pectinéale, du pourtour du trou ischio-pubien, plus difficiles à atteindre, sont suivies plus fréquemment d'envahissement de l'articulation que les lésions de la fosse iliaque externe.

En ce qui concerne l'ilion, ce sont surtout les lésions para-cotyloïdiennes, celle de l'épine iliaque antérieure et inférieure qui provoquent le plus souvent cette grave

complication (Von Bruns, *Beitr. z. kl. Ch.* Vol. XXIV, p. 41).

L'envahissement se fait de proche en proche, soit par les surfaces osseuses, soit par des fusées purulentes qui infiltrent et pénètrent la capsule articulaire.

On voit se constituer alors le tableau clinique des ostéomyélites articulaires : douleur, attitude vicieuse, impotence fonctionnelle absolue, redoublement et aggravation des phénomènes généraux.

Cette arthrite par propagation peut se faire très rapidement et l'ostéomyélite causale, — à début extra articulaire, — n'a pas eu le temps de présenter la physionomie clinique qui lui est propre.

On ne saurait donc distinguer l'arthrite complication, de l'arthrite d'emblée qu'autant qu'un certain laps de temps s'est écoulé entre la lésion primitive et son apparition.

Dans l'observation d'ostéomyélite iliaque que nous rapporterons en parlant du traitement (V. p. 119), la constatation anatomique de l'intégrité de la hanche avait été faite.

Le début de l'affection remontait au 2 septembre. Le siège de la douleur avait incité à penser que la lésion était articulaire. Une arthrotomie fut entreprise : la hanche était indemne. Cette opération avait lieu le 7 septembre. Le 14, on peut constater encore qu'il n'y avait pas de pus à ce niveau. Le 19, un foyer est découvert dans la fosse iliaque externe et incisé. La hanche est toujour intacte. Le 16 octobre seulement, on trouvait une fluctuation profonde dans la région des adducteurs. Le 17, après avoir évacué une nouvelle collection de la fosse

iliaque interne, on débride par en bas toute la première incision rétro-trochantérienne. « On désinsère les muscles pelvi-trochantériens. Un aide imprimant des mouvements de flexion forcée, la tête fémorale fait saillie; elle apparaît dépouillée en partie de son cartilage. On la scie à sa base, et l'on draine le petit bassin à travers le cotyle ». Le malade guérit; six mois après la résection, il commençait à marcher. Nous n'avons pu le revoir, mais nous en avons eu des nouvelles. L'état général, 2 ans et demi après sa sortie, est excellent; la marche se fait sans difficultés ni souffrances.

Ainsi, l'envahissement articulaire était survenu sournoisement dans le courant du mois qui avait suivi la première intervention négative.

Il peut succéder à des suppurations de plus longue durée encore et dans ces cas, est très difficile à dépister C'est alors par hasard qu'on trouve le nouveau foyer.

Chez une fillette de 9 ans (Obs. XII, p. 62), il s'agissait d'une ostéomyélite du pubis gauche. Au moment de l'entrée, le 12 avril 1907, l'intégrité de la hanche est constatée. Le 10 mai, à l'occasion d'un pansement fait sous chloroforme, on perçoit de gros craquements dans l'articulation. Un drainage est établi. Le 5 juin, on dut intervenir de nouveau; on arrive sur le col fémoral tapissé de fongosités. En imprimant au membre un mouvement de flexion et de rotation interne, on fait saillir le col fémoral. Dans cette manœuvre, le col se brise et la tête reste adhérente au fond de la cavité cotyloïde. A l'aide d'une curette, on essaie de l'extraire. On ramène un séquestre du volume d'une noisette. Ce n'est qu'après

des tentatives répétées qu'on arrive à faire bâiller l'articulation suffisamment pour ramener la tête complètement séquestrée et dépourvue de cartilage. Malgré le drainage et les pansements répétés, l'enfant mourait cachectique, moins de 2 mois après l'intervention, le 30 juillet.

Le pronostic vital n'est pas toujours aussi grave, et l'observation suivante nous montre une arthrite secondaire de la hanche, insidieusement développée, terminée par une ankylose.

Obs. XVIII. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche. — Opération. — Guérison. — Ankylose de la hanche.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Germaine Duv...; 14 ans, domestique; entre à l'hôpital des Enfants Malades, Salle Bouvier, numéro 4, le 24 janvier 1900.

Enfant vigoureuse sans antécédents héréditaires ou personnels importants.

Le 18 janvier, l'enfant a commencé à se plaindre dès le matin, sans cause, de douleurs dans la cuisse gauche. Ces douleurs auraient commencé vers la partie moyenne et ce n'est que plus tard qu'elles se localisèrent plus haut.

La malade a continué à faire des courses toute la journée.

Le lendemain 19, la douleur augmentant, elle garde le repos, la jambe étendue.

Le 20 janvier, les souffrances s'aggravent. Un médecin appelé diagnostique un *rhumatisme* et ordonne salicylate de soude et sédatifs locaux.

Du 20 au 23, les douleurs s'accentuent, la fièvre devient intense, l'état général s'aggrave beaucoup. L'enfant ne dort pas et délire.

Le médecin envoie la malade à l'hôpital où elle est reçue

dans le service de la clinique, salle Bouvier, le dimanche 24 janvier à 1 heure.

A l'examen, on constate : le membre inférieur gauche est dans la rectitude, en abduction et légère rotation en dehors. L'impotence fonctionnelle est absolue.

Ce qui frappe immédiatement c'est le gonflement considérable de toute la région inguino-crurale et iliaque gauche. Le pli inguino-crural est effacé complètement.

Dans la fosse iliaque interne et empiètant sur la région inguino-crurale, on perçoit une tuméfaction très marquée. La cuisse est augmentée de volume. A cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, la circonférence du membre est de 42 centimètres à gauche contre 38 centimètres à droite.

La peau est rosée. Il n'y a pas de traînée de lymphangite, mais une circulation collatérale très marquée surtout au niveau de la fosse iliaque.

La palpation est très douloureuse. Il est très difficile de localiser les douleurs. Leur maximum paraît être cependant au niveau même du pli de l'aîne. Mais il existe aussi une douleur très vive à la palpation de la fosse iliaque externe.

La pression sur le grand trochanter et la percussion du talon ne sont pas douloureuses non plus que la pression le long du fémur.

Il n'y a pas de ganglions appréciables.

Au niveau du pli de l'aîne, on sent difficilement une fluctuation profonde qu'on se renvoie de la fosse iliaque interne à la région des vaisseaux fémoraux.

Le toucher rectal montre une douleur très nette au niveau de l'acétabulum. Il n'y a pas de collection pelvienne.

Les mouvements de la hanche sont conservés et peu douloureux.

La température est à 39°5. — Le pouls qui était à 148 à l'arrivée est descendu à 100 à 4 heures.

L'état général n'est pas mauvais, la langue est humide. L'enfant n'est pas prostrée.

Néanmoins la température élevée, la présence probable du pus, les signes locaux très accentués conduisent à intervenir, en pensant à une *ostéomyélite de l'os iliaque.*

A 4 h. 1/2 : incision de ligature de l'iliaque externe. Décollement facile. Les vaisseaux sont réclinés en dedans; on pénètre dans la gaîne iliaque. En écartant les fibres du muscle, on voit sourdre une assez grande quantité de pus mal lié, couleur chocolat dont on recueille deux pipettes. (L'examen ultérieur montre la présence de staphylocoque blanc).

L'exploration ne révèle aucun point dénudé ni sur l'os iliaque, ni sur le fémur. Mais la fosse iliaque interne présente un décollement sur les deux tiers de sa hauteur. Il semble donc que l'origine du pus est bien au niveau de l'aile iliaque.

On fait une contre-ouverture le long du tenseur du fascia lata et l'on passe un drain en anse.

Pansement humide à plat.

25 janvier : température 38° 6. Pouls 104.

Léger nuage d'albumine dans les urines. La température se maintient élevée au-dessus de 39° jusqu'au 31 janvier.

Le 31, elle descend au-dessous de 38° et s'y maintient.

Les pansements journaliers sont traversés par une quantité de pus abondante.

L'état général s'est considérablement amélioré.

Le 3 février, pendant le pansement, on fait sourdre par la plaie antérieure, en pressant sur la région des adducteurs, un pus mal lié, qui paraît venir du trou ischio-pubien.

L'amélioration continue jusqu'en mars.

Le 8 mars, l'enfant se plaignant *que les mouvements de la hanche sont douloureux*, on examine l'articulation, on en fait une radiographie, et l'on applique l'extension continue.

Le 26 mars, la suppuration a beaucoup diminuée.

Du 3 au 6 avril, nouvelle poussée fébrile.

On note un empâtement marqué à la face antérieure du triangle de Scarpa. Les mouvements de l'articulation sont

douloureux malgré l'extension continue appliquée depuis le 8 mars.

Des pansements humides font baisser la température pendant quelques jours.

Le 28 avril, la persistance de la suppuration, son extrême fétidité, l'élévation de la température qui s'est reproduite depuis plusieurs jours incitent à pratiquer un examen sous chloroforme.

Le bassin est dans la rectitude; mais le membre inférieur gauche se présente dans la rotation complète en dehors. L'articulation coxo-fémorale est *complètement ankylosée*. La sonde cannelée introduite par l'incision au-dessus de l'arcade crurale pénètre obliquement en bas et en dehors dans une étendue de 5 centimètres environ; introduite par l'orifice supéro-externe au niveau du fascia lata, la sonde vient faire saillie en dedans, et en bas dans la région des adducteurs après un trajet de 15 centimètres environ.

Nulle part on ne sent d'os à nu. Dès lors, on se contente de débrider largement la plaie externe et de supprimer le drain.

Depuis cette opération, la température tombée à 37° s'y maintient. L'état local s'améliore rapidement et la malade quitte le service guérie le 20 juin 1909, avec une ankylose de la hanche.

Remarquons ici la lenteur de l'envahissement articulaire. Le début remonte au 18 janvier; le drainage de la fosse iliaque interne est fait le 24. Jusqu'en mars, l'amélioration est progressive. A ce moment seulement, les mouvements articulaires deviennent douloureux. On applique l'extension continue. L'attention est attirée de nouveau sur l'articulation par une élévation progressive de température. Le 28 avril, lors d'un examen sous-chloroforme on constate l'ankylose de la hanche. La

guérison était complète le 20 juin, avec ennylose complète.

b) Bien moins fréquent est l'envahissement de *l'articulation sacro-iliaque*. Il survient dans les cas d'ostéomyélites siégeant en arrière des épines iliaques postérieures, et de la partie la plus reculée de la crête. Ici encore l'atteinte de la symphyse peut être accompagnée d'un mouvement fébrile plus intense ou passer inaperçue. Ce dernier cas est le plus fréquent. Dans la description des résections totales faites par Bergmann, souvent on remarque qu'il y avait des lésions sur le cartilage du sacrum qu'aucun phénomène clinique ne pouvait faire prévoir. D'autres fois, au contraire, il y a une douleur dans la région sacro-iliaque avec irradiations dans le membre inférieur, le sacrum et le coccyx.

c) La suppuration secondaire de la *symphyse pubienne* constitue aussi une complication rare. Nous avons déjà mentionné (p. 22) la curieuse observation de Kirchner.

Guéneau de Mussy présenta à la *Société Médicale des Hôpitaux* (1877) la symphyse d'un malade entré dans son service « avec un engorgement phlegmoneux de la région inguinale gauche ». La symphyse est envahie mais en outre, l'abcès intra-symphysaire communiquait avec le péritoine ouvert au-dessus de la vessie. Le malade mourut d'infection purulente avec des métastases au niveau des poumons et dans les divers viscères.

C'est la seule observation où nous trouvions nettement indiquée l'ouverture dans le péritoine d'une collection suppurée de l'os iliaque.

La présence de métastases pulmonaires paraît être

fréquente en ce qui concerne le pubis et Bergmann (*l. c.*, p. 532) dit que « toutes les ostéomyélites du pubis qu'il a vues ont présenté des métastases pulmonaires ou des localisations multiples; avertissement, ajoute-t-il, qui doit conduire à opérer de la façon la plus précoce et la plus radicale ».

d) Les complications secondaires au *niveau des organes pelviens* sont assez rares. Nous venons d'indiquer un cas d'infection péritonéale.

Bouilly (Th. Paris, 1880, p. 32) cite un phlegmon prévésical suivi de mort. Le point de départ semble être une ostéomyélite au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche.

Une vaste poche purulente gagne à droite la région postérieure de la fosse iliaque, entre la paroi antérieure du bassin et la vessie et descend jusqu'à la prostate. La collection a deux prolongements : un en avant dans le canal crural, un en arrière dans la fosse iliaque gauche. Un deuxième abcès à gauche passait par la grande échancrure sciatique et allait jusqu'au grand trochanter.

Nous ne connaissons aucun cas ayant intéressé le rectum. Bergmann cite bien un homme de 40 ans (Obs. IV, p. 525) qui a évacué à plusieurs reprises des collections purulentes abondantes par le rectum; mais il s'agit là d'une ostéomyélite chronique. Gouillioud (p. 56) rapporte une observation (Zwicke) d'ostéite de l'ilion chez un enfant de 14 ans. Il y eut envahissement de l'articulation sacro-iliaque, secondairement apparition de fistules stercorales. L'autopsie révéla une perforation au niveau du coude du côlon gauche.

La vessie serait plus exposée, particulièrement dans les ostéomyélites pubiennes.

Ollier a publié un cas où le point de départ d'un calcul fut un séquestre provenant du pubis (*Traité résect.*, T. III, p. 929), Busch (*Gunsb. Zeit.* Breslau, 1857, T. III, p. 432), Zwicke (*Ch. Ann.* 1882, T. XII, p. 539) ont vu de petits séquestres expulsés spontanément dans l'urine.

Obs. XIX. (résumée) — *Ostéite du pubis. — Formation d'un calcul autour d'un séquestre tombé dans la vessie. — Lithotritie. — Guérison.*

Mlle G..., âgée de 19 ans consulte pour une fistule sus-pubienne. Le stylet rencontre un point osseux dénudé non mobile, situé sur la face postérieure du pubis et présentant une étendue d'un centimètre environ.

Ajournement de l'opération à cause de douleurs prévésicales et de la non mobilité de la portion modifiée de l'os.

Quelques années plus tard, extraction d'un séquestre et occlusion de la fistule sus-pubienne.

Peu après, apparition de symptômes de cystite : douleurs à la miction, pollakiurie, urines purulentes.

En 1876, extraction d'un calcul de 4 centimètres environ par morcellement ; noyau dur central difficilement retiré par l'orifice uréthral dilaté.

Au centre du calcul, fragment de tissu spongieux, long de 15 millimètres, large de 8 millimètres.

Guérison définitive.

Le malade dont nous avons donné l'observation (Obs. IX, p. 51) présenta lors de la récidive des troubles urinaires sérieux : dysurie, pollakiurie, polyurie. L'exa-

men des urines montra la présence de staphylocoques dorés abondants.

L'urèthre peut être comprimé par hypérostoses consécutives à l'ostéomyélite ou par un séquestre (Goullioud, Obs. VII).

e) Les complications vasculaires sont rares. Voici cependant un cas où l'on fut amené à pratiquer une ligature de la fémorale :

Obs. XX. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche. — Hémorragies secondaires. — Ligature de la fémorale. — Guérison.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Lucien S...; 11 ans et demi; entre le 5 février 1903 à l'hôpital Trousseau.

Le vendredi 30 janvier, vers 5 heures, en revenant de l'école, l'enfant se plaint de la hanche gauche et boite légèrement. Il s'alite.

Dans l'après midi du 31, s'étant levé, il recommence à souffrir et est pris de frissons.

Douleurs et fièvre ont continué jusqu'au jeudi 5 février, date à laquelle il se présente à l'hôpital.

A son entrée, on constate que le membre inférieur gauche est en flexion très marquée. L'enfant ne peut l'étendre. La fosse iliaque gauche est douloureuse et tuméfiée.

Il existe un peu de douleur de la hanche à la pression sur le grand trochanter; pourtant les mouvements de flexion, extension et rotation sont libres et indolores. Et cependant il y a un œdème assez marqué autour de l'articulation coxo-fémorale; le pli fessier gauche est effacé. On décide d'intervenir.

Le 6 février : incision en arrière du grand trochanter au point où l'œdème et la tuméfaction sont le plus perceptibles. On ne trouve aucune trace de suppuration. Le grand trochan-

ter est normal, ainsi que l'articulation de la hanche. La plaie est refermée et suturée.

Le 7 février : température 39°; pouls 112.

Le 8 : douleurs dans l'épaule droite. Les douleurs persistant du côté de la hanche, on applique l'extension continue. Le pansement de l'incision pratiquée est refait. La plaie est en bon état.

Jusqu'au 6 mars, l'état général se maintient assez bon.

Quand ce jour-là on supprime l'extension continue et l'on défait le pansement, on constate la présence dans la fosse iliaque gauche d'un volumineux abcès.

La ponction, pratiquée sous chloroforme, donne issue à un pus sanguinolent mélangé à des gouttelettes huileuses abondantes

Le 12 mars : la tuméfaction s'est reproduite.

Le 13 mars : chloroformisation. Incision dans la fosse iliaque gauche. Le pus jaillit en abondance. Toute la fosse iliaque interne est dénudée.

Le 3 avril, devant la continuité des oscillations de température, on examine le malade sous chloroforme et l'on évacue un nouveau foyer purulent situé dans la région inguinale qui est largement drainée. On fait une contre-ouverture à la face interne de la cuisse dans la région des adducteurs. A la suite de cette intervention, la température revient aux environs de 37° 5.

A partir du 15 mai, la température présente de grandes oscillations de 37° à 39° et 40°

Les pansements sont fréquemment renouvelés.

Les oscillations thermiques persistent mais n'atteignent que très rarement 39° pendant le mois de juin.

Le 13 juin : le malade a une *hémorragie* surtout au niveau de la plaie qui siège à la face interne de la cuisse. Le sang est noir et semble bien être du sang veineux.

Sous l'influence d'un tamponnement, l'hémorragie s'arrête Sérum : 300 grammes.

Le 4 juin, à minuit : *nouvelle hémorragie abondante* et inquiétante qui s'arrête après une compression prolongée. On injecte immédiatement 300 grammes de sérum, 300 grammes à 7 heures du matin.

Le 15 : on refait un pansement à l'adrénaline.

Le 20 : *nouvelle hémorragie abondante.*

Le 21 : on pratique la *ligature de la fém orale* à l'anneau crural.

A la suite de cette opération, les hémorragies cessent.

Rapidement l'état général s'améliore.

Juillet. — Localement, l'amélioration progresse; la suppuration devient de moins en moins abondante, mais ne cesse pas complètement.

Le malade sort le 4 août 1903.

1er octobre 1903 : le malade revient à l'hôpital. L'état général s'est considérablement amélioré. La marche est possible avec des béquilles, la suppuration continue. Sort le 17, en voie d'amélioration.

Il est vraisemblable que la suppuration qui était très diffuse a intéressé quelques branches artérielles au niveau du triangle de Scarpa.

Ce cas est exceptionnel et c'est la seule observation de ce genre que nous connaissions.

Bergmann relate trois cas d'hémorragie de l'artère fessière dont un mortel.

Dans ce cas, la résection de l'aileron iliaque avait été faite chez un jeune homme de 22 ans qui présentait des localisations ostéomyélites multiples. Nous en donnons les traits essentiels :

Obs. XXI (résumée). — *Ostéomyélite de l'os iliaque droit et de la clavicule. Abcès multiples. — Hémorragie artérielle. — Mort.*

(Obs. 13 de Bergmann, *l. c.*, p. 545-546).

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans entré le 10 novembre. Ostéomyélite de la clavicule, du coude gauche. Contracture de la hanche. Douleurs violentes au moindre mouvement. Volumineux ganglions inguinaux. Collection fluctuante en dehors de l'articulation sacro-iliaque.

Opération, le 13 novembre. Incision sur la partie fluctuante. On trouve une masse caséeuse sous la peau. La partie postérieure de l'ilion est ramollie; on la résèque. Hémorragie très forte.

Résection de la clavicule gauche. Au niveau du sterno-mastoïdien se trouvent les mêmes granulations qu'au bassin. Entre l'épyphyse sternale et la diaphyse, il y a un séquestre. Mêmes masses caséeuses et granulations au niveau du triceps. Forte hémorragie.

Le soir, les pansements sont refaits, car ils sont transpercés.

La température tombe après l'opération pour remonter quelques jours après à 38°, 38° 7.

L'état général s'améliore.

Le 29 novembre : température 39°; on soupçonne une pleurésie. — La ponction exploratrice est négative.

La plaie du sacrum secrète abondamment.

Le 2 décembre, on pratique la résection sous-périostée de l'aileron iliaque.

Après l'isolement de l'épiphyse marginale, un flot de pus s'échappe de la fosse iliaque interne.

On enlève tout l'aileron y compris le cotyle. Au niveau des adducteurs, on trouve encore du pus. Au niveau de la fesse gauche, on incise un abcès profondément caché.

La portion reséquée de l'os iliaque est ramollie et criblée de pus.

3 décembre : l'opération est bien supportée.

4 décembre : pansement. Du pus coule de la profondeur.

5, 6, décembre : température vespérale : 39° 2, 38° 6.

7 décembre : au moment du pansement, un jet de sang artériel jaillit du fond de la plaie. Le malade est conduit immédiatement à la salle d'opération; on lie l'artère fessière. Sérum, huile camphrée, massage du cœur, faradisation des phréniques.

Mort à 1 h. 1/2.

Cette hémorragie est attribuée par l'auteur lui-même à l'opération. Elle ne survient que quatre jours après. Il n'est pas impossible que la suppuration aiguë contre laquelle on intervenait et qui avait provoqué une vaste suppuration de la région fessière ait pu atteindre les vaisseaux, altérer leurs parois et déterminer ainsi l'hémorragie.

Dans une autre observation (Obs. 17 — XXXIV, p. 550), l'hémorragie reparaît à deux reprises encore comme complication post-opératoire, d'une résection pour ostéomyélite chronique. Lors d'une intervention ultérieure, il y eut une forte hémorragie veineuse que le tamponnement arrêta.

Le troisième cas est plus intéressant (Obs. 16 — LVI, p. 573). L'hémorragie survient dans les quarante-huit heures qui suivirent l'opération; au cours de celle-ci, *l'artère avait été vue et reconnue intacte*; par conséquent ici, il faut bien admettre une lésion de l'artère par la suppuration. La ligature fut pratiquée dès le début de l'hémorragie et la guérison se fit normalement.

Les veines sont, dans les suppurations, moins résistantes que les artères; dans les phlegmons des membres

par exemple, les lésions veineuses sont plus fréquentes que les lésions artérielles. Nous n'avons cependant trouvé qu'une observation où cette complication soit bien nette.

Obs. XXII. — *Ostéomyélite de l'os iliaque. — Phlébite de la veine iliaque — Mort.*

(M. le Prof. Lannelongue, *Ostéomyélite aiguë pendant la croissance*).

Fr... (Louise), âgée de 11 ans; Salle Sainte-Eugénie n° 28, entrée le 2 octobre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Cette enfant a joui de la meilleure santé durant sa première enfance et n'a eu aucune des affections éruptives ou scrofuleuses de cet âge. Elle habite avec ses parents un logement sain et n'a jamais eu d'affections rhumatismales.

Elle travaille depuis six mois dans une fabrique de chocolat et depuis quelque temps elle se plaint de fatigue assez grande, après sa journée de travail. Le 10 septembre au soir, elle rentre chez sa mère en accusant une douleur assez vive à la fesse du côté gauche, douleur qui la faisait boiter depuis quelques heures; aucune blessure ne pouvait expliquer son apparition : le repos de la nuit atténua un peu cette douleur et l'enfant se leva le lendemain, mais elle dut garder le lit dans la soirée du 19, la douleur ayant reparu avec une grande violence; elle avait en outre de la fièvre, et la nuit suivante fut très agitée. On la soigna chez elle pour un rhumatisme jusqu'au 2 octobre, jour de son entrée à l'hôpital. Le 21 septembre, un gonflement s'était produit à la fesse où la douleur avait été ressentie tout d'abord.

A son entrée à l'hôpital, cette enfant présente un visage abattu, d'une pâleur extrême, malgré l'existence d'une température élevée , 40°. Elle s'est plainte toute la nuit de douleurs excessives.

Couchée sur le côté droit, elle pousse des cris affreux, toutes les fois qu'on l'approche. Néanmoins, avec beaucoup de précautions, on arrive à reconnaître que le membre inférieur gauche avec la hanche, sont parfaitement sains. La douleur occupe la région de l'os iliaque gauche qui avoisine la partie supérieure de la fesse, près de la partie la plus reculée de la crête iliaque; elle est au toucher, excessive. Un gonflement limité à la partie postérieure, de la fosse iliaque existe à ce niveau, et s'étend du côté de la symphyse sacro-iliaque, jusqu'à la ligne médiane, le gonflement fait corps avec l'os : il est très œdémateux au niveau de la symphyse, et à la surface de la peau on voit quelques veines dilatées qui se dirigent vers la ligne médiane postérieure du corps.

L'idée d'une arthrite suraiguë de la jointure sacro-iliaque fut celle qui se présentait naturellement à l'esprit; la douleur avait son maximum à ce niveau; de plus, en rapprochant les surfaces du bassin et du sacrum, on développait encore une douleur excessive, qui suivait un trajet descendant le long du nerf sciatique.

Depuis l'entrée de l'enfant jusqu'au 14 octobre, la température est toujours très élevée oscillant entre 39° et 40°, et les douleurs intolérables.

Une vaste collection purulente, étant alors manifeste, fut ouverte, et l'on reconnut que l'os iliaque était à nu dans une assez grande portion de son étendue avoisinant la partie postérieure de la crête. Malgré cette incision, l'état général ne fut pas amélioré. Reprenant mon service le 1er novembre, je constatai l'existence d'une communication entre la fesse et la cavité abdominale par une perforation de la fosse iliaque interne, où le pus s'amassait comme il avait fait primitivement à la fesse. De plus, l'articulation sacro-iliaque était complètement désunie, et l'on déterminait un très grand jeu de l'os iliaque sur le sacrum; la suppuration était excessive, et le pus mélangé à de petites parcelles osseuses.

2 novembre. La perforation spontanée fut agrandie de

manière a permettre plus facilement l'évacuation du pus, et un gros drain fut introduit dans le trajet ; des lavages phéniqués bi-quotidiens furent pratiqués. Mais l'enfant s'affaiblissait chaque jour ; elle était couchée sur le côté droit, les cuisses fléchies sur le ventre, ne pouvant supporter aucune autre position. Cet état dura jusqu'au 25 novembre.

Le 25. Je remarquai que la suppuration a beaucoup diminué, les plaies sont sèches, en même temps, depuis hier, *un œdème s'est développé dans les membres inférieurs*, moins considérable cependant du côté gauche. Pas d'œdème facial, un peu de diarrhée, pas de vomissements.

Le 29. *L'œdème a gagné le membre du côté sain*, depuis le pied jusqu'à la fesse. Le cause de cet œdème se trouve probablement dans une *oblitération qui s'est étendue à la veine cave inférieure*. Pas d'albumine. La suppuration est très abondante et fétide.

8 décembre. Aujourd'hui, il existe un œdème de la paroi abdominale qui s'explique par la position de l'enfant, toujours couchée sur le ventre. De la diarrhée de temps en temps, pas de vomissements, mais très peu d'appétit.

Le 10. A la partie superficielle de la peau des jambes, des cuisses, on aperçoit de petits points noirs, formant comme un piqueté, avec des plaques très grandes ; c'est du purpura. En même temps, la peau présente sous le pied de petites vergetures.

Le 11. L'enfant a eu un frisson qui a duré presque une heure. Pas d'albuminurie.

Le 13. Suppuration abondante ; des escharres multiples se forment au niveau des saillies osseuses, qui portent sur le lit ; à la jambe, là où il y avait des plaques hémorragiques se trouvent de grandes phlyctènes rougeâtres. Hier l'enfant a eu un frisson d'une demi-heure suivi de chaleur.

Le 15. Hier, trois ou quatre frissons dans la journée, d'un quart d'heure ou d'une demi-heure ; diarrhée.

Le 17. Du 17 au 20 décembre, nouveaux frissons, diarrée colliquative jusqu'à la mort qui a lieu le 20.

Le 20. Mort.

L'autopsie n'a pu être faite à cause d'une opposition, mais nous avons pu examiner l'os iliaque en incisant les parties molles à l'amphithéâtre et nous avons reconnu : 1° une dénudation de la moitié postérieure de la fosse iliaque avec de légères érosions de l'os ; à deux travers de doigt de la crête iliaque et à un pouce environ de l'articulation, existe une perforation irrégulière de l'os ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. A côté, l'os présente des irrégularités et de petites ouvertures par lequel le pus suinte.

Vers la partie la plus épaisse de la crête iliaque, existe une petite esquille détachée. En coupant l'os dénudé avec un fort scalpel on fait sortir du pus infiltré entre les deux lames près de la crête iliaque. Enfin, l'articulation sacro-iliaque est désunie et les surfaces de la symphyse dépourvues, dans presque toute leur étendue, de leur tissu unissant.

En résumé, de toutes les complications, la plus fréquente est donc l'infection articulaire.

Il faudra donc surveiller constamment la hanche pour être prêt à intervenir par une large arthrotomie suivie de drainage et au besoin de résection.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Au cours de notre étude clinique nous avons mentionné à propos de plusieurs observations les difficultés du diagnostic; nous avons signalé des erreurs nombreuses. Rhumatisme, fièvre typhoïde, appendicite ont souvent expliqué pendant de trop longs jours des phénomènes infectieux qu'on aurait dû rattacher à l'évolution d'une ostéomyélite.

Nous ne connaissons pas à cet égard d'observation plus caractéristique que la suivante, dans laquelle des chirurgiens avertis ont été trompés par les apparences et ont commis des erreurs inévitables :

Obs. XXIII. — *Ostéomyélite de l'os iliaque droit prise au début pour une appendicite, puis pour une fièvre typhoïde.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Eugène G..., 9 ans; 37, avenue Gambetta, Courbevoie, entre le lundi 23 janvier 1905, salle Giraldès, sous la rubrique d'appendicite.

L'affection a débuté le samedi matin 21 janvier. En revenant de l'école, ce jour, l'enfant s'est plaint de souffrir du ventre, *surtout du côté droit*. Il se couche aussitôt et reste

au lit toute la journée du samedi. Le dimanche, état stationnaire. Le matin du lundi 23 l'enfant, qui *n'a pas été à la selle* depuis le début de la maladie, a un *vomissement*. Un médecin fait le diagnostic d'appendicite et envoie l'enfant à l'hôpital.

Le lundi 23, à 6 heures et demie, il est vu par MM. Tillaye, Grisel et Tridon. L'enfant qui est intelligent et répond bien aux questions posées, déclare souffrir au niveau du bas-ventre montre avec son doigt la partie externe de la fosse iliaque interne droite. En outre, la température élevée 40° 3, le pouls à 140, la brusquerie du début, l'état infectieux évident semblent au premier abord devoir faire porter le diagnostic *d'appendicite*.

Mais l'examen de l'abdomen ne confirme pas ce diagnostic. Le ventre est souple sans résistance musculaire et se laisse profondément déprimer.

Aussi, abandonnant l'idée d'appendicite on pense à la *pneumonie*. L'auscultation est négative.

On pense bien à l'ostéomyélite et au rhumatisme, mais ces idées sont immédiatement écartées après constatation de l'*intégrité apparente des membres et de leurs mouvements*.

Aussi on se rabat sur le diagnostic de *fièvre typhoïde*, diagnostic plausible en raison de l'affaissement du malade, son état infectieux, ses douleurs abdominales, sa langue sèche, ses dents fuligineuses.

On fait passer l'enfant dans le service de M. Méry.

Le mardi matin 24, il y a un léger abaissement de température, mais l'état général reste grave. L'enfant se plaint toujours de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite.

Le 25, nouvel abaissement de température : 38°8. Pouls 140, langue sèche, rôtie. La *douleur* devient extrêmement vive au niveau de la hanche droite. La *circulation collatérale* est développée au niveau du triangle de Scarpa et de la crête iliaque. Il y a un peu d'*œdème* en arrière du grand trochanter. La pression sur le pubis et la crête iliaque est très doulou-

reuse. La cuisse est fléchie sur le bassin, mais la hanche jouit encore de mouvements assez étendus.

Le mercredi 25, le malade est de nouveau passé en chirurgie, salle Baffos, n° 9, où l'enfant est revu par M. Tridon, appelé d'urgence, à 3 heures de l'après-midi.

Le malade présente à ce moment un aspect plus gravement infecté que l'avant-veille ; il est très agité et délire.

Il reste couché sur le dos, la cuisse droite légèrement fléchie, en abduction et reposant sur le plan du lit par sa face externe. La circulation veineuse collatérale est manifeste aux environs de l'épine iliaque A-S droite. La fosse iliaque externe présente à sa partie antérieure une voussure allongée au niveau du fascia lata. Il n'y a pas de rougeur à ce niveau.

Les mouvements de la hanche sont libres et peu douloureux.

Le maximum de douleur se trouve dans la région tuméfiée sur un espace grand comme une paume de main. La crête iliaque est d'une extrême sensibilité. Le fémur n'est douloureux en aucun point, légèrement sensible au niveau du grand trochanter.

La région n'est pas œdématiée. La tuméfaction n'est pas fluctuante mais plutôt rénitente.

On décide d'intervenir. L'opération ne put être pratiquée qu'à 6 h. 1/2 du soir, l'autorisation des parents faisant défaut.

Chloroformisation. Incision verticale comprenant peau, fascia lata, moyen fessier de la crête iliaque au grand trochanter. Une sérosité verdâtre, louche, jaillit : environ trois quarts de verre. Le doigt, au contact de l'os iliaque le trouve dénudé sur l'étendue d'une paume de main (moitié antérieure de la fosse iliaque ext.)

Contre-ouverture en arrière à 5 centimètres de la première incision. Drainage..

Trois cents grammes de sérum ont été injectés à 3 heures

de l'après-midi, trois cents grammes encore à 8 heures du soir.

Aucune amélioration ne se produit.

Le jeudi 26 janvier : température 39°6. Pouls 132. Langue rôtie, fuligineuse. Le prostration s'accentue.

Le soir, température 40°6. Pouls 136, petit, faible. L'enfant est très abattu ; sérum et caféine.

Vendredi 27 : température 40°3. Pouls petit très fréquent, 136.

Langue rôtie, saburrale. L'enfant se nourrit assez bien, prend du lait, du Todd, mais il est toujours très prostré. Il existe un gonflement modéré dans la fosse iliaque interne, mais sans fluctuation. D'autre part, l'état général est si mauvais que M. Kirmisson repousse l'idée d'une intervention nouvelle.

Dans la journée, l'enfant est pris de sueurs abondantes ; l'état général s'aggrave de plus en plus. Le malade ne peut plus boire.

Samedi 28 : température 42° 3. Mort à 10 heures du matin.

L'examen du liquide a démontré la présence de staphylocoques dorés.

Le sang du cœur prélevé une heure après la mort a donné de nombreuses colonies de staphylocoques dorés. Dans un tube de bouillon ensemencé avec le liquide céphalo-rachidien, il y avait également du staphylocoque.

Autopsie faite le 29. Rien au cerveau, ni aux poumons ; quelques adhérences pleurales ; pas d'infarctus.

Rate normale ; foie légèrement graisseux.

Le foyer d'ostéomyélite s'étend à la fois sur la face interne de l'os. Dans la fosse iliaque externe, l'os est dénudé sur une large surface ; il n'y a pas de collection purulente. Sur le versant interne à 2 centimètres au-dessous de la crête, à 4 centimètres en arrière de l'épine iliaque a-s, on trouve un foyer de pus épais verdâtre. L'os est dénudé sur une surface large comme une pièce de 5 francs.

Que d'enseignements comporte ce cas! Les erreurs du diagnostic doivent particulièrement nous occuper ici. Mais nous ne pouvons pas passer sous silence la gravité du pronostic d'une telle forme à début et à marche suraigus.

Sans doute l'intervention a été retardée par les hésitations cliniques; mais pourrait-on affirmer qu'une opération plus précoce aurait à coup sûr pu sauver un malade si gravement infecté?

L'erreur qui pouvait faire croire à une appendicite fut de courte durée. Le mode de début autorisait cette pensée : douleur dans la fosse iliaque droite, vomissement, constipation constituaient un syndrome appendiculaire suffisant avec les phénomènes généraux infectieux. Un examen plus approfondi de la fosse iliaque écarta vite ce diagnostic. Mais que l'on suppose un tel début, accompagnant une lésion de la fosse iliaque interne droite et l'erreur est inévitable.

L'absence de résistance musculaire fut ici un signe certain; mais combien de fois l'ostéomyélite entraîne-t-elle une contracture dans les muscles avoisinants!

N'est-il pas possible alors de pousser l'erreur jusqu'à la laparotomie!

L'idée de pneumonie qui surgit ensuite n'a rien qui doive étonner, pour qui est habitué à la pathologie infantile. Les points de côté abdominaux ne sont pas rares et l'on ne doit pas, dans le cas où les causes abdominales n'existent pas, négliger de rechercher du côté du poumon.

Le diagnostic de fièvre typhoïde était ici très plausi-

ble; l'état infectieux pouvait à bon droit attirer l'attention. Il ne s'agissait d'ailleurs que d'un diagnostic d'élimination puisqu'on avait pensé à l'ostéomyélite sans en découvrir le siège et au rhumatisme que l'on dut écarter après constatation de l'intégrité apparente des membres.

A côté de cette observation d'une ostéomyélite aiguë, je relate le cas d'un enfant, tuberculeux, où les difficultés du diagnostic furent d'un ordre tout différent. Les antécédents héréditaires, des lésions tuberculeuses personnelles venaient aiguiller le diagnostic d'une ostéomyélite à marche subaiguë vers la tuberculose. On ponctionna l'abcès comme on aurait fait d'un abcès froid et l'on fit une injection d'éther iodoformé, mais l'examen du pus montra qu'il s'agissait bien d'une ostéomyélite à staphylocoques avec quelques streptocoques. L'injection au cobaye fut absolument négative au point de vue de la tuberculose.

Obs. XXIV. — *Ostéomyélite de l'os iliaque droit chez un bacillaire.*
(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Maurice C..., 27, rue Frémicourt, 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Père, mère, bacillaires.

A. P.. — Santé délicate, — bronchites répétées, — adénites cervicales suppurées, spina ventosa.

Le 20 février 1903. — L'enfant commence à se plaindre de douleurs dans le membre inférieur droit. Bientôt le malade se met à boiter, se plaint de vives douleurs dans la région du triangle de Scarpa. La fièvre monte à 39° 9; en même temps apparaissent délire et diarrhée.

Le médecin pensant probablement à une fièvre typhoïde ordonne des bains froids. Il en résulte une légère rémission thermique, mais les douleurs s'accusent de plus en plus ; l'état général s'aggrave. L'enfant est amenée à l'hôpital et reçu salle Giraldès, n° 8, le 10 mars 1905.

Etat actuel. — Enfant pâle, très amaigri. Le membre inférieur droit se place en demi-flexion. Il existe sur la face dorsale du pied droit une cicatrice d'abcès récemment incisé. On est surtout frappé par le gonflement énorme de la région inguinale droite. Il est impossible de se rendre compte de la coloration des téguments qui sont recouverts de teinture d'iode. Cependant on peut constater, surtout au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une circulation veineuse sous-cutanée très développée.

Au simple examen, on note la présence de ganglions inguinaux volumineux. L'un d'eux est si volumineux qu'on le prend au premier abord pour l'épine iliaque antéro-supérieure qu'on retrouve difficilement à la palpation; les parties avoisinantes étaient très tuméfiées.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont à peu près normaux. La flexion et l'abduction se font facilement. Et le malade, qui prend habituellement une position de demi-flexion peut spontanément ramener le membre en extension complète.

Le grand trochanter n'est pas douloureux. On peut palper profondément toute la partie antérieure de la fosse iliaque externe sans faire souffrir le malade. Il existe cependant une énorme tuméfaction qui occupe toute la fosse iliaque externe et une partie de la fosse iliaque interne. La région de l'épine antérieure et supérieure est très douloureuse.

Les deux poumons présentent des lésions avancées de tuberculose.

Le 10 mars. — Chloroformisation. On fait une ponction aspiratrice à la partie la plus saillante de la fosse iliaque interne; on retire 100 grammes de pus et on fait un lavage de

la poche à l'eau boriquée et injection d'éther iodoformé.

Le soir de l'opération, la température remonte à 40°.

L'examen du pus et sa culture montrent la présence d'abondantes colonies de staphylocoques dorés, quelques streptocoques.

Les jours suivants, la température oscille autour de 37°.

Le 15 mars, nouvelle poussée thermique. Le soir, 39°5. Pouls 112. Le facies est pâle. Mais la langue est humide et très belle.

Le 17, l'abcès remplit toute la fosse iliaque interne droite et déborde la crête iliaque du côté de la région lombaire.

On fait alors une seconde ponction qui donne encore issue à une quantité considérable de pus. Lavage de la poche à l'eau stérilisée et injection d'éther iodoformé.

Jusqu'au 22 mars, l'état général s'améliore. Cependant il y a encore quelques oscillations de température. Le malade a un peu de diarrhée.

Le 24 mars, le pus s'est reformé en quantité considérable. On endort le malade; l'on pratique l'incision de la poche à la région lombaire, avec contre-ouverture sur la sonde cannelée dans la fosse iliaque interne. Un flot de pus s'échappe. Un drain en anse réunit les deux incisions.

Du 27 au 30 mars, l'état général s'aggrave; la température qui était revenue à la normale monte jusqu'à 40°; les drains donnent issue à un pus extrêmement abondant. L'enfant a de la diarrhée.

Le 28, la diarrhée diminue. L'état général est toujours très grave. La température atteint 40° 7; le pouls est à 134. Le teint est terreux.

Le 31, la température revient à 38° 7. L'état général est meilleur. Le malade s'alimente un peu, mais insuffisamment.

Le pus s'écoule toujours en grande abondance.

Le 2 avril, la suppuration est beaucoup moins abondante.

A dater de ce jour, l'amélioration continue progressivement et le malade quitte l'hôpital guéri.

Il est à noter que l'inoculation du pus aux cobayes a été faite lors de la première intervention. Les *animaux sont morts sans trace de tuberculose*.

L'étude clinique que nous avons faite de l'affection nous permet de passer plus rapidement sur les éléments du diagnostic positif.

Nous ne ferons que rappeler cette règle absolue en pathologie infantile : quand un enfant présente une forte élévation thermique, un état général grave sans cause immédiatement contrôlée, on devra pratiquer l'examen méthodique de toutes les pièces du squelette. On évitera ainsi de passer à côté d'une ostéomyélite, où la précocité de l'intervention a une importance vitale.

Au point de vue des signes locaux, n'attendre ni rougeur, ni fluctuation pour fixer le diagnostic. Il faut et il suffit, pour lever toute hésitation, qu'en un point limité, la palpation révèle une douleur osseuse, aiguë, violente, caractéristique.

Souvent l'on ne pourra faire de diagnostic, surtout dans les lésions à point de départ profond comme celles de la fosse iliaque interne et de la face postérieure du pubis, que lorsque des signes secondaires ont fait leur apparition : rougeur, fluctuation. L'affection a déjà atteint un stade très avancé ; moins que jamais alors, on doit attendre pour intervenir. Insistons encore sur l'importance du toucher rectal dans la révélation des lésions endopelviennes.

Quant à l'examen radiographique, il ne donne de renseignements que pour des lésions déjà anciennes et

montre alors une diaphanéité souvent très marquée du tissu osseux raréfié.

Tous ces signes peuvent faire plus ou moins défaut et le diagnostic différentiel devient difficile comme dans certains cas rapportés plus haut.

Si les phénomènes généraux dominent, la confusion se fait avec la *fièvre typhoïde* surtout. L'erreur est plus facile à éviter quand le début a été nettement suraigu. Il est rare qu'en 24 ou 48 heures une typhoïde donne une infection aussi grave sans avoir été précédée de prodromes. Mais quelquefois les formes, même très aiguës, de l'ostéomyélite ont été précédées de malaises vagues, et lorsque les signes locaux font défaut ou sont latents, l'erreur devient inévitable.

Le *rhumatisme* est habituellement plus facile à dépister, mais la difficulté est presque insurmontable — jusqu'à l'apparition du pus — quand surviennent simultanément ou à quelques heures de distance des manifestations ostéomyélitiques multiples qui peuvent aisément passer pour de nouvelles fluxions articulaires.

Dans l'observation XXV citée plus bas (V. p. 118) apparurent presque en même temps des douleurs à la hanche, au coude, au gros orteil. Le premier diagnostic avait été en faveur de l'ostéomyélite, mais ensuite on se rejeta sur le rhumatisme après la constatation opératoire de l'intégrité articulaire.

Le point essentiel dans ces manifestations multiples est la constatation du siège de la douleur. Elle ne siège pas dans les articulations comme pour le rhumatisme, mais au voisinage des articulations, aux épiphyses. La

palpation attentive rectifiera les erreurs d'un diagnostic un peu hâtif.

En présence de symptômes abdominaux, on peut croire à une *appendicite* : soit appendicite aiguë sans abcès quand la douleur de la fosse iliaque interne s'accompagne de vomissements et d'état général grave sans autres phénomènes locaux que de la résistance; soit d'abcès péri-cœcal quand un abcès de la fosse iliaque se manifeste.

Ce diagnostic était très longuement discuté tant que la pathogénie des phlegmons iliaques n'eut pas été élucidée par la connaissance de l'appendicite. Parfois encore le diagnostic peut n'être pas facile et la discussion peut encore se faire, comme au temps de Chassaignac, pour savoir si l'on a affaire à un « abcès péritonéal » ou à un abcès « intra-périostique » (Chassaignac).

Cet auteur faisait justement remarquer combien dans l'abcès sous-périostique, les douleurs étaient vives et profondes, combien l'état général était différent avec « un aspect particulier d'anxiété qui n'existe jamais au même degré dans les autres formes ». L'irradiation de la douleur est moins nettement abdominale; elle se fait vers le bassin, la symphyse sacro-iliaque, ou la racine du membre inférieur. Presque toujours, il se produit une contracture du psoas iliaque et c'est alors les *psoïtis* qu'il conviendra d'éliminer.

Cette autre affection a été dépossédée par l'appendicite de l'importance qu'elle avait en pathologie abdominale. Les psoïtes d'origine musculaire sont rares en regard de celles d'origine intestinale. Quand l'appendice

n'est pas en jeu, c'est à l'ostéomyélite iliaque qu'il faut penser d'abord.

Il n'en est pas moins vrai que le diagnostic, présentant de sérieuses difficultés, les abcès de la fosse iliaque interne sont en général tardivement reconnus.

Si les phénomènes locaux se cantonnent au pourtour de la hanche, c'est *l'arthrite coxo-fémorale* qui attire alors l'attention. Elle le doit justement à sa plus grande fréquence. Remarquons ici que, surtout dans la première enfance, toutes les probabilités doivent être en faveur de l'ostéomyélite de la hanche.

Elle est très difficile à distinguer. Ici c'est l'arthrite qui domine; l'immobilisation du membre est absolue. La moindre tentative de mouvement est violemment douloureuse. Quand le gonflement apparaît, il siège toujours au-dessous du pli de l'aîne en avant, immédiatement derrière le grand trochanter en arrière. La percussion du grand trochanter est très douloureuse.

En présence d'une ostéomyélite iliaque à marche subaiguë torpide, on a pu croire à l'évolution rapide d'une coxalgie. Un peu d'attention est nécessaire pour éviter cette cause d'erreur. Les mouvements articulaires sont, en général, moins limités et moins douloureux, surtout l'abduction, dans l'ostéomyélite iliaque.

Comme autre cause de tuméfaction dans la région de la hanche, les adénites banales du triangle de Scarpa et les adénites iliaques sont faciles à éliminer. Quant à la phlébite, elle est pour ainsi dire inconnue chez l'enfant; les caractères de l'œdème, de la douleur suffiraient à éviter l'erreur.

Si le siège de la douleur est nettement postérieur, on peut croire à une arthrite sacro-iliaque aiguë ou subaiguë ou à une ostéomyélite du sacrum; une recherche attentive précisera le siège de l'affection.

A la période de suppuration, il n'est pas permis de méconnaître l'origine du pus. La confusion ne saurait être faite avec des suppurations froides. Tout au plus pourrait-on croire à un banal abcès de la fesse dans les formes subaiguës; au phlegmon diffus, dans les formes aiguës; cette dernière affection ne se voit pas chez l'enfant et chez l'adolescent et les soi-disant phlegmons diffus ne sont en réalité que des ostéomyélites méconnues.

Les mêmes causes d'erreurs se rencontrent au début des *ostéomyélites pubiennes*. L'apparition de suppuration sus-pubienne peut entraîner d'autres confusions.

Il sera facile de ne pas confondre la collection purulente avec la tuméfaction produite par la vessie distendue, qui est régulière, non bosselée, molle. L'interrogatoire, le cathétérisme en cas de doute donneraient des indications très nettes.

Le *phlegmon de la cavité de Retzius*, dû à des infections vésicales dans la plupart des cas, n'existe pas dans l'enfance; c'est seulement en présence d'un malade plus âgé que l'on peut incriminer les affections génito-urinaires.

Les deux affections se ressemblent énormément. Les collections de la face postérieure du pubis évoluent dans la cavité de Retzius elle-même; mais ce phlegmon du jeune âge doit être rattaché à l'ostéomyélite. La palpa-

tion du pubis, le toucher rectal doivent montrer le siège de l'affection.

La myosite des muscles grands droits est une rareté clinique. La douleur à distance du pubis et lors des tentatives de contraction des muscles, les commémoratifs ne permettront pas la confusion.

Dans les formes subaiguës, le diagnostic avec l'ostéite tuberculeuse du pubis est bien délicat. Nous avons rapporté plus haut (V. p. 47) l'intéressante observation de Demoulin. Il n'est pas douteux que, dans un pareil cas, le diagnostic était particulièrement difficile et l'hésitation permise.

Quand la lésion aboutit à la suppuration, si l'évolution a été tant soit peu prolongée, le problème se pose encore.

Le siège de la douleur est le même dans les deux cas, avec légère prédominance à la face antérieure et au bord supérieur pour la tuberculose, à la face postérieure pour l'ostéomyélite. Le caractère de la suppuration, le siège des fistules sont les mêmes dans les deux cas et l'on n'acquerra la certitude que par l'examen bactériologique. L'inoculation au cobaye prend alors une importance de premier ordre.

Ce que nous venons de dire pour les lésions pubiennes doit être répété pour les *ostéomyélites de l'ischion*.

Celles-ci sont infiniment plus rares que la tuberculose ; les deux affections ont une allure torpide qui les rapproche l'une de l'autre. Là encore, s'il n'y a pas eu une évolution nettement aiguë, le diagnostic serait impossible sans le secours de la bactériologie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Comme dans toute ostéomyélite, il faut tenir compte des deux éléments en présence : l'infection générale et la lésion locale.

La maladie infectieuse prend souvent le pas sur l'affection osseuse et l'on doit lutter contre elle en soutenant l'état général : injections de sérum, caféine, etc. ; en essayant d'atteindre l'agent infectieux par tous les moyens possibles. — (L'argent colloïdal ne semble pas avoir tenu ses promesses du début).

Cette thérapeutique est vaine dans la plupart des cas graves, et l'on n'a rien fait tant qu'on ne s'est pas attaqué à la lésion.

Il peut arriver que le traitement local soit suivi de déception. Cela est fréquent dans la plupart des cas suraigus : à l'intervention, on ne trouve qu'une mince lésion osseuse, foyer de congestion sans suppuration, ou sérosité verdâtre, louche. La mort survient sans qu'il y ait eu réaction locale allant jusqu'à la suppuration.

Ces faits, même dans les cas suraigus, ne doivent que hâter et élargir le traitement chirurgical.

Le mode d'intervention peut varier suivant la lésion

que l'on rencontrera; mais le moment de l'intervention, — quelle que soit la gravité ou la bénignité apparente de l'affection, — ne devra jamais être différé. L'intervention ici plus encore que dans toute autre ostéomyélite doit être faite d'urgence.

En quoi consiste l'intervention?

Trois ordres de cas sont à envisager :

1° Ceux de gravité moyenne s'accompagnant de phénomènes généraux peu intenses et de lésions locales circonscrites.

2° Les cas graves où l'état général est profondément atteint, ou dans lesquels les lésions locales semblent plus étendues.

3° Les cas suraigus où l'intoxication domine.

a) Aux cas de gravité moyenne, à lésion limitée, suffit ***l'Incision***. Celle-ci constitue essentiellement l'opération d'urgence facile à pratiquer et facile à compléter.

Il faut qu'elle soit large et donne un jour suffisant pour voir l'état de l'os.

Les parties molles incisées, on arrive sur l'os. Quelquefois la suppuration est collectée sous le périoste qu'elle a décolé sur une étendue plus ou moins considérable. Dans ces cas, le périoste sera largement ouvert. Souvent le périoste est détruit; après avoir évacué l'abcès, on cherchera à se rendre compte de la lésion.

Quelquefois une trépanation spontanée de l'os montrera que le point de départ était dans les couches profondes; d'autres fois, on verra de fines gouttelettes purulentes sourdre des canaux de Havers, ou encore l'os aura une teinte blanc grisâtre, terne, ou au contraire

intensément congestionné faisant contraste avec les zones avoisinantes.

Dans les cas d'ostéomyélite profonde, si l'on ne peut pas voir la lésion, on s'aidera des sensations du toucher. Le doigt examinera l'état de l'os, cherchera à apprécier sa friabilité, son ramollissement; la sonde cannelée permettra d'apprécier l'étendue de la dénudation, la résistance du tissu osseux.

Suivant l'état de la lésion, on s'en tiendra à l'incision ou l'on poursuivra l'intervention.

Dans nombre de cas, si l'incision a été large, elle suffit à condition qu'on ait assuré un bon drainage par une contre-ouverture aux points déclives. Il importe de ne pas laisser de cul-de-sac où puisse s'accumuler le pus.

b) L'incision n'est que le premier acte d'une intervention plus complète quand on a reconnu de façon certaine qu'il ne s'agit pas seulement d'une ostéite superficielle, mais d'une véritable panostéite et l'on fera la ***Trépanation***. Elle constitue un excellent moyen de drainage quand il y a une double suppuration des fosses iliaques.

Conseillée par Manné (1779), elle aurait été pratiquée antérieurement par Bouchet vers la fin du mois d'août 1778. Vers la même époque, le chirurgien américain Nathan Smith l'aurait employée contre les abcès du bassin. Chassaignac et Roux la recommandèrent. Després a fait la trépanation pour faire cesser les abcès à répétition d'une nécrose de l'os iliaque consécutive à un coup de feu. Rinn (de Greifswald) conseille la trépanation

pour assurer le drainage des abcès iliaques et pelviens. Ollier l'a vivement préconisée et Condamin a cherché à créer un manuel opératoire méthodique.

La technique en est simple : à la gouge et au maillet, on fait sauter la croûte osseuse qui, au niveau des diverses parties de l'os iliaque, n'est pas très épaisse. L'os peut être ainsi largement ouvert.

L'utilité de cette opération ne saurait être contestée, en particulier lorsqu'il s'agit d'assurer un drainage facile et simultané des deux fosses iliaques.

Elle peut encore être pratiquée au fond de la cavité cotyloïde quand il existe simultanément une arthrite de la hanche avec suppuration pelvienne, comme dans l'observation suivante.

c) Dans de semblables cas où l'articulation est envahie, la ***Résection*** seule peut assurer un drainage suffisant.

Obs. XXV. — *Ostéomyélite de l'os iliaque gauche. — Envahissement de l'articulation de la hanche. — Résection. — Guérison.*

(Service de M. le Prof. Kirmisson).

Charles S..., 14 ans 1/2; entre le 6 septembre 1908, salle Baffos, nº 14.

Le 2 septembre, l'enfant commence à se plaindre de la hanche gauche. Les jours suivants, il est plus fatigué et a un peu de fièvre.

Un médecin diagnostique un début de coxalgie (?). Le malade est envoyé à l'hôpital le 6 septembre.

A son entrée, on constate la gravité de l'état général. La température est à 40°; la langue est sèche, rôtie. Localement

il existe une très violente douleur dans la hanche gauche. La partie supérieure de la cuisse est augmentée de volume, et l'on sent à la palpation un empâtement marqué au niveau du pli de l'aîne. Il n'existe ni ganglions, ni rougeur, ni fluctuation.

Le malade se plaint aussi de douleurs au niveau du coude gauche.

Le lendemain, lundi 7 septembre, devant la gravité de l'état général, en présence des phénomènes locaux, gonflement, douleur diffuse, impotence fonctionnelle ; on se décide à intervenir.

On pratique une incision rétro-trochantérienne. Mais, malgré une recherche attentive tout autour de l'articulation, on ne trouve pas de pus. On suture les plans superficiels après interposition d'un drain.

On pense, à la suite de cette intervention négative, à la possibilité de rhumatisme articulaire aigu d'autant plus qu'il existe des douleurs au niveau du coude, et du gros orteil droit. On donne du salicylate de soude.

L'état général ne s'améliore pas, les douleurs ne s'atténuent pas, la température reste très élevée.

Le 8. Le coude devient à son tour très douloureux et bientôt on voit apparaître de la rougeur et du gonflement au niveau de l'extrémité supérieure du cubitus.

Le 9 septembre. Nouvelle intervention : incision au niveau de la face postéro-externe du cubitus ; évacuation d'une petite quantité de pus brunâtre très épais.

L'état général reste grave. La température se maintient à 40°. Néanmoins le pouls est demeuré bon depuis le début de la maladie. Les urines, abondantes, contiennent un peu d'albumine.

Le 14 septembre. La température tombe à 38° ; le malade se sent mieux. Les pansements sont refaits ; *il n'y a pas une goutte de pus au niveau de la hanche* ; le drain est alors retiré de la plaie. Du côté du coude, la suppuration est presque tarie.

On constate que l'articulation du gros orteil droit, douloureuse depuis quelques jours, présente de la rougeur, du gonflement. Application d'une bande de Bier au-dessus du genou.

Le 18 septembre. On a fait un ensemencement du sang dont les cultures restent négatives.

19 septembre. On constate dans la *fosse iliaque externe* une fluctuation profonde. Incision courbe à convexité postérieure au-dessus et en arrière du grand trochanter; on sectionne grand, moyen et petit fessiers et l'on découvre le foyer osseux sur la fosse iliaque externe d'où s'écoule un pus sanieux grisâtre. Drainage.

Les jours suivants, la température oscille autour de 38° ; la plaie du coude commence à se cicatriser. L'état général n'est pas mauvais, mais l'enfant est considérablement amaigri.

Cet état se prolonge — sans amélioration — jusqu'au 16 octobre. En explorant la région des adducteurs, on reconnaît la présence d'une collection fluctuante.

Le 17 octobre. Le malade étant endormi, on constate que *la fosse iliaque interne est aussi remplie de pus.* On pratique au-dessus de l'arcade de Fallope, en dehors des vaisseaux une longue incision allant jusqu'à l'os. Il s'écoule un flot de pus séreux.

On débride alors par en bas l'incision rétro-trochantérienne pratiquée antérieurement. On désinsère les muscles pelvi-trochantériens. Un aide imprimant des mouvements de flexion forcée, la tête fémorale fait issue à travers la plaie ; *elle apparait dépouillée en partie de son cartilage.* On la scie à la base.

Le doigt introduit dans la cavité cotyloïde sert à conduire une pince que l'on fait ressortir dans la fosse iliaque interne et qui entraîne un drain.

Les jours suivants, la température oscille atteignant le soir 39° 5 et 39° jusqu'au 23 octobre. Elle se rapproche alors de la normale la température vespérale atteignant encore parfois 38°.

Le 10 novembre. L'amélioration progressive s'accentue ; la suppuration diminue. L'enfant se nourrit bien.

Le 23 mai 1909, — sans autre incident, — la cicatrisation était complète et le malade guéri quittait l'hôpital.

Nous n'avons pu revoir le malade ; mais en décembre 1911, nous en avons eu des nouvelles. L'état général est excellent ; la marche s'effectue parfaitement, sans fatigue avec une très légère claudication.

Cette observation est particulièrement intéressante. L'état général est grave dès le début. Il existe des phénomènes locaux très marqués au voisinage de l'articulation coxo-fémorale. L'aspect est celui d'une ostéomyélite de la hanche et la première pensée de l'opérateur le porte à faire une arthrotomie. Cependant on ne trouve pas trace d'altération à ce niveau. La coexistence des douleurs du coude et du gros orteil font alors craindre une méprise et l'on pense au rhumatisme articulaire aigu. Le traitement par le salicylate est même institué. C'est seulement 12 jours après l'entrée que l'on constate une collection profonde dans la fosse iliaque et qu'on opère. Un mois plus tard, devant la continuité de l'infection, on pratique une seconde intervention et l'on peut constater l'envahissement — ici très nettement secondaire — de l'articulation de la hanche. La tête fémorale reséquée, le drainage de la fosse iliaque interne assuré à travers le cotyle, la guérison survient plus de 8 mois après le début.

Aucune hésitation n'est possible dans de semblables cas ; une arthrotomie serait manifestement insuffisante. Il y a un intérêt vital à pratiquer la résection. Quant

au résultat fonctionnel il est bon. Le raccourcissement et la limitation des mouvements sont assez facilement compensés par l'adaptation du malade,

Cette question des résections osseuses a pris une grande importance en Allemagne où elle a été longuement discutée et vivement soutenue après les communications et les travaux de Bergmann (de Riga).

Déjà Ollier après Larghi avait recommandé les résections plus ou moins étendues de l'os iliaque; mais jamais cette opération n'avait été préconisée systématiquement *dans tous les cas* d'ostéomyélites aiguës.

Au 23e Congrès de chirurgie allemande (avril 1894), l'ordre du jour comportait l'étude des interventions précoces dans l'ostéomyélite.

Bergmann (de Riga) prit la parole au sujet des ostéomyélites du bassin. Il apportait alors le relevé de 35 cas pris un peu partout dans la littérature avec 18 morts, 6 où l'issue était inconnue et seulement 11 guérisons. Il se demande si l'insuffisance du traitement n'est pas en cause.

Se basant sur 7 cas personnels d'ostéomyélite du bassin, Bergmann préconise la résection plus ou moins étendue. Dans les quatre cas où il s'est décidé à la pratiquer, il a obtenu la guérison. Une fois il ne pût se résoudre à faire une résection totale et se contenta d'une résection partielle : le malade mourut. L'auteur semble croire qu'une intervention plus large eut été salutaire.

Deux cas, selon lui, témoignent particulièrement en faveur de la méthode :

(*Verhandlung.d.deutsch. Gesellsch. v. Ch.* 23e Congrès, 1894, I, p. 82).

Obs. XXVI (résumée). — Dans le 1er cas, il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui entre à sa clinique le 18 novembre 1892 après dix-huit jours de souffrances, Le début avait été marqué par de violentes douleurs dans la région inguinale, forte fièvre et frisson. La fosse iliaque interne était le siège d'une inflammation qui s'étendait jusqu'au pli de l'aîne. L'opération ne montre pas trace de pus, mais simplement une congestion marquée de l'os. Par la trépanation, on fait le drainage des deux fosses iliaques. Il y avait simultanément un foyer dans le grand trochanter. Dix-sept jours plus tard (le 7 décembre), B..., intervint pour évacuer un volumineux abcès de la fosse iliaque interne. La fièvre diminua mais subit une nouvelle poussée les premiers jours de janvier (39°). Le 10 janvier 1893, B.., pratique une résection totale de l'aile iliaque, faisant une résection sous-périostée et détachant l'os de toutes ses connexions avec le pubis, l'ischion et le sacrum ; la tête femorale faisait saillie dans la plaie.

La guérison survint, malgré un érysipèle (le 16 février). Au mois de mai, le malade pouvait quitter la maison de santé. Un an plus tard, la marche s'effectue dans les conditions les plus satisfaisantes avec seulement un peu de limitation des mouvements.

Obs. XXVII (résumée). — Dans le second cas, une fillette de 6 ans 1/2, après s'être contusionnée violemment la hanche droite, a été atteinte quelques jours plus tard de violentes douleurs dans la moitié droite du bassin, accompagnées d'une forte fièvre et de céphalée. Elle arrive à la clinique le 30 décembre 1894 ayant une énorme collection suppurée dans les deux fosses iliaques, dans un état général grave avec une forte fièvre. Par une incision qui longe la crête illaque, B.., arrive sur un volumineux abcès. Tout le périoste de la fosse iliaque

est décollé, le tissu osseux est ramolli. B.., résèque l'ilion. Très rapidement, l'amélioration se produit et la guérison était complète le 4 février.

Bergmann reconnait que l'opération qu'il préconise est grave; mais elle est indiquée par une affection grave.

Sur les 18 cas mortels que Bergmann relevait alors, 15 étaient des localisations para-acatébulaires. C'est surtout en présence de ces lésions qu'il faut prendre une décision énergique.

Nous n'entrerons pas dans le détail du manuel opératoire : c'est celui d'Ollier. Il recommande d'isoler la crête iliaque, de façon à conserver les insertions musculaires et assurer ainsi une solide paroi.

La régénération osseuse est très rapide, les couches périostées au contact l'une de l'autre ne tardant pas à produire un os nouveau.

Cette communication souleva de nombreuses objections.

Schuchardt (1) (de Stettin) s'élève contre les trépanations et résections du bassin pratiquées de parti pris. Il peut y avoir des cas graves où elles s'imposent, mais elles sont loin d'être nécessaires dans tous les cas.

Körte (2) (de Berlin) approuve cette manière de voir et estime l'incision suffisante dans la majorité des cas.

Schede (3) (de Hambourg) réclame dans toute ostéomyélite une opération aussi hâtive et aussi large que pos

(1) *Verhandl. der Deutsch. Gesell. v. Ch.*, avril 1894, p. 63.
(2) *Verhandl. der Deutsch. Gesell. v. Ch.*, avril 1894, p. 67.
(3) *Verhandl. der Deutsch. Gesell. v. Ch.*, avril 1894, p. 68.

sible, comportant même la résection osseuse. Cependant il estime que dans celle du bassin, mieux vaut s'abstenir de réséquer. Dans 12 cas, il n'a vu qu'une seule mort; et le plus souvent la simple incision s'est montrée suffisante. Cependant dans le seul cas mortel qu'il ait observé, et dans lequel sa conduite habituelle avait donné quelque espérance au début, il est possible, dit-il, que le dénouement eût été tout autre si l'on était plus largement intervenu, conclusion qui peut paraître hasardée.

Dans un important mémoire paru à l'occasion du Jubilé du Professeur von Bergmann, Bergmann de Riga (1) revient sur la question et sa conclusion est très catégorique : « *dass nur eine ausgiebige Resection der erkrankten Beckenknochen*, die traurige Prognose dieser Krankheit bessern kann und sie gebessert hat. »

Et l'auteur s'appuie sur une statistique de 70 cas.

Le cadre de ce travail ne nous permet pas de reprendre une à une les 70 observations de Bergmann.

Toutes sont loin d'être concluantes en faveur de la résection partielle ou totale dans l'ostéomyélite.

D'abord il s'agit bien souvent d'affections étiquetées ostéomyélites et qui ne sont en réalité que des tuberculoses infectées.

Notre étude ne comporte pas la critique du mode de traitement de cette affection, dont les indications peuvent d'ailleurs être fort légitimes.

En second lieu, les conclusions de l'auteur qui peuvent être valables pour de vieilles lésions d'ostéomyélite

(1) *Arch. f. kl. Ch.* 1906. T. 81-1, p. 504.

chronique, cessent de l'être quand il s'agit de lésions aiguës.

Si nous ne considérons que les quinze à vingt observations qui soient vraiment des ostéomyélites aiguës, nous voyons qu'elles ne plaident pas toujours en faveur de la méthode.

Huit ostéomyélites aiguës traités par des résections partielles (Obs. 2, 3, 5, 10, 14, 15, 16, 17 de Bergmann) ont été toutes suivies de guérison dans un temps variant de un à huit mois — trois avec fistules consécutives. Mais aucune de ces ostéomyélites ne présentait d'état général grave. Il est vraisemblable que la simple incision ou la trépanation eussent donné dans ces cas à lésions si limitées, des résultats comparables.

Cinq cas graves (dont trois dès le début) (Obs. 19, 27, 29, 33, 37) ont été tous cinq suivis de mort, malgré des résections très étendues.

Bergmann exprime le regret de n'avoir pas dans ces cas pratiqué de résection totale. Les résultats eussent été meilleurs (?).

Il pratiqua en effet quatre résections totales pour ostéomyélites aiguës graves. (Obs. 41, 42, 63, 64).

L'une de ses opérées (Obs. 42) ne saurait confirmer ni infirmer la méthode. Elle mourut quelques heures après l'opération, mais elle présentait de nombreux foyers d'ostéomyélite.

Un autre (Obs. 64) chez lequel la résection fut pratiquée en deux temps mourut trois jours après l'intervention, mais l'autopsie révéla des abcès miliaires dans les poumons.

Deux malades guérirent (Obs. 41 et 63). Chez l'un d'eux, on fit la résection totale sous-périostée pour lésion de l'aileron iliaque. La guérison survint en six mois ; un an après la marche s'effectuait sans claudication. Sept ans après, la régénération osseuse était complète.

Chez l'autre, la résection totale fut suivie de guérison en cinq mois. Le raccourcissement était de 7 centimètres. Le malade pouvait marcher sans bâton quelques mois plus tard.

Ces deux derniers résultats sont sans doute fort beaux, mais à côté des autres, ils sont peu convaincants. Dans l'ensemble, Bergmann est loin d'obtenir mieux avec une opération grave, difficile, qui ne peut être une opération d'urgence praticable par tous. Il nous semble au contraire que des interventions plus simples s'imposent.

Sur les 14 observations inédites que nous avons apportées, il y eut seulement pour 10 cas graves 3 morts.

Ce n'est pas non plus qu'il faille rejeter de parti pris les résections plus ou moins étendues de l'os iliaque ; les opérations ne doivent être utilisées que dans les cas extrêmement graves, et seulement lorsque la mise à nu du foyer, la trépanation de l'os et un large drainage paraîtront ne pas devoir suffire. L'indication de la résection est une question d'opportunité. Seule, l'ostéomyélite diffuse peut la légitimer.

CONCLUSIONS

L'ostéomyélite frappe rarement l'os iliaque. Elle se localise le plus souvent à l'ilion, quelquefois au pubis, très rarement à l'ischion.

Les facteurs étiologiques sont les mêmes que pour toute ostéomyélite.

La division en *ostéomyélites prépubertiques*, localisées surtout au corps de l'os et dans le voisinage du cotyle, et *ostéomyélites postpubertiques* intéressant surtout les épiphyses (Gouillioud) est beaucoup trop exclusive.

Les constatations anatomiques démontrent qu'il existe deux sortes de lésions, différentes au point de vue du pronostic et du traitement :

Les unes, exclusivement sous-périostées, *ostéo-périostites*, plus bénignes ;

Les autres, intéressant toute l'épaisseur de l'os, *ostéomyélites* proprement dites, plus graves.

On peut décrire trois groupes cliniques de faits :

1° Cas subaigus, bénins;

2° Cas aigus, très graves;

3° Cas suraigus, presque toujours mortels.

En ce qui concerne l'ilion, les suppurations de la face interne sont particulièrement graves.

Les ostéomyélites du pubis, surtout celles de la face postérieure de l'os ont un pronostic comparativement plus sévère que celui des autres localisations.

L'atteinte de l'ischion est rare et peu grave.

La complication le plus à redouter est l'envahissement de l'articulation coxo-fémorale.

Le diagnostic est rendu très difficile par la prédominance des phénomènes généraux. La confusion est faite le plus souvent avec la fièvre typhoïde et le rhumatisme.

La recherche des symptômes locaux : douleur osseuse en un point limité, empâtement, circulation collatérale, fluctuation, peut seule assurer un diagnostic dont la précocité est de toute importance.

Le traitement comprendra :

1° L'incision avec drainage;

2° La trépanation;

3° La résection.

L'incision suffit dans les cas d'abcès superficiels sous-périostés, sans lésions profondes.

La trépanation sera nécessaire quand l'os sera profondément atteint et pourra assurer un large drainage de la cavité pelvienne.

La résection ne doit trouver son application que dans les cas extrêmement restreints où l'ostéomyélite est diffusée à la plus grande partie de l'os. Elle sera partielle ou totale suivant l'étendue de la lésion.

BIBLIOGRAPHIE

Barbry. — *Ostéomyélites du pubis.* Th. Lille, 1903.

Bastian. — *Uber Beckennerosen.* In. Diss. Berlin, 1884.

Bergmann. — Erfahrungen über Beckenosteomyelitis, *Arch. f. kl. Ch.* T. 81 p. 504

— *Verhandlung. d. deutschen Gesellsch. v. Chir.* 23e Congrès 1894, T. I, p. 82.

Broca.— Leçon sur l'ostéomyélite. *Revue pratique d'Obst. et de Pédiatrie*, Paris 1898, T. XI, p. 53.

Bruns et Honsell. — Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes, *Beitr. z. kl. Chir.*, Vol. XXIV., p. 41.

Condamin. — De la trépanation du bassin. *Arch. Prov. de Chir.*, T. II., p. 521.

Cramer. — Ueber Resektion am Beckenring. *Arch. f. kl. Ch.*, T. XLVIII, p. 563.

Demoulin. — Ostéomyélite atténuée du pubis, *Gaz. Hôp.*, 1898, p. 405.

Dubard. — *Progrès Médical* 1889, T. VIII, p. 51.

Duclaux. — *Ostéomyélites de la hanche. Formes cliniques.* Th. Paris 1904-05 (n° 465).

Fleury. — *Ostéomyélites de l'os iliaque.* Th. Paris, 1886.

Frohner.— Ueber akute Osteomyelitis der kurzen und platten Knochen *Beitr. z. kl. Chir.*, 1889, p. 79-100.

Giraldès. — *Maladies des enfants*, 1869, p. 780.

Girard. — Ostéomyélites du pubis chez les adolescents, *Congrès de Chirurgie*, 1892.

Girard. — *Considérations sur l'ostéomyélite de la hanche*, Th. Paris 92-93 (n° 283).

Gouillioud. — *Ostéites du bassin* (*Pathogénie et Traitement*) Th. Lyon, 1883.

Gray. — Périostite de l'os iliaque. *The Lancet* 1880, T. II, p. 465.

Karewski. — Operativ Abortivbehandlung der Osteomyelitis. *Verhandlung. der deutsch. Gesellsch. f. Chir.* Congrès 1894, I., p. 56.

Kirchner. — Akute symmetrische Osteomyelitis (Epiphysenlosung des Schambeins) *Arch. f. kl. Ch.*, T. LVIII, p. 317.

Korte. — *Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Ch.*, Congrès 1894, I., p. 63.

Lecomte. — *Etudes sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intra-pelviens*. Th. Paris 1893-94 (n° 333).

Mauny. — Ostéomyélite d'os iliaque, *Bullet. Soc. Anat.* 1890, p. 568.

Meritan. — *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite de la hanche*, Th. Montpellier 1907-1908, n° 24.

Milchner. — *Osteomyelitis an platten und kurzen Knochen.* Th. Fribourg, 1895.

Petit. — Ostéom. d'os iliaque. *Bullet. Soc. Ana.* 1893, p. 213.

Riedel. — Trépanation des Darmbeins bei Beckenabszessen *Zentralbl. f. Ch.* 1880, p. 836.

Rinne. — Zur Drainage des Beckenabszessen mittels Trepanation des Darmbeins, *Verhandl. der d. Gesellsch f. Ch.* 1886, II, p. 286.

Rocher. — Ostéomyélite aiguë du pubis. *Gaz. hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, 14 janvier 1906.

Schede.— *Verhandl. der d. Gesellsch. f. Ch.* 1894, T. I, p. 65.

Schuchardt. — *Verhandl. der d. Gesellsch. f. Ch.*, T. I, p. 63.

Secheyron. — Ostéomyélites du pubis. *Arch. générales de médecine* 1888, T. I, p. 54.

Tillmanns. — Die akuten und chronischen Entzündungen der Beckenknochen in *Deutsche Chirurgie*, 62 A, p. 396.

Walther. — Ostéites du bassin in *Traité de Ch.* Duplay et Reclus, T. IV, p. 33.

Weitzel. — *Des ostéites du pubis (de leur rapport avec la coxalgie)*. Th. Lyon 1899.

Wisard. — *Des caries extra-articulaires des os du bassin.* Th. Genève 1886.

Vu :
Le Président de la Thèse,
KIRMISSON

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION.

CHAPITRE I — **Etiologie** 9

CHAPITRE II. — **Pathogénie et Anatomie Pathologique.** . 14

CHAPITRE III. — **Etude Clinique** 26

I. — Ostéomyélites de l'os iliaque. 27

§ 1. — A. Forme subaiguë 27
B. Forme aiguë. 32
C. Forme suraiguë 35

§ 2. — Description clinique. 38

II. — Ostéomyélites du pubis. 46

§ 1. — A. Forme subaiguë. 46
B. Forme aiguë 50
C. Forme infectieuse 66

§ 2. — Description clinique. 68

III. — Ostéomyélites de l'Ischion. 72

CHAPITRE IV. — **Evolution. Complications** 80
a) Arthrite secondaire de la hanche . . . 82
b) Arthrite sacro-iliaque. 89
c) Arthrite pubienne 89
d) Complications viscérales 90
e) Complications vasculaires. 92

CHAPITRE V. — **Diagnostic** 101

CHAPITRE VI. — **Traitement**. 115

CONCLUSIONS. 129

BIBLIOGRAPHIE. 131

TABLE DES OBSERVATIONS

Pages

Obs. I. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque subaiguë (service de M. Kirmisson) 27
Obs. II. — Ostéomyélite iliaque subaiguë (service de M. Kirmisson) 28
Obs. III. — Ostéomyélite iliaque subaiguë (service de M. Kirmisson) 29
Obs. IV. — Ostéomyélite iliaque subaiguë (service de M. Kirmisson) 31
Obs. V. — Ostéomyélite iliaque aiguë (service de M. Kirmisson) 32
Obs. VI. — Ostéomyélite iliaque aiguë (service de M. Kirmisson 34
Obs. VII. — Ostéomyélite iliaque aiguë (Petit) 35
Obs. VIII. — Ostéomyélite atténuée du pubis (Demoulin). . . . 47
Obs. IX. (Inédite). — Ostéomyélite aiguë du pubis (service de M. Kirmisson). 51
Obs. X. — Ostéomyélite aiguë du pubis (Rocher). 56
Obs. XI. (Inédite). — Ostéomyélite aiguë du pubis (service de M. Kirmisson) 59
Obs. XII. (Inédite). — Ostéomyélite aiguë du pubis (Service de M. Kirmisson). 62
Obs. XIII. — Ostéomyélite infectieuse du pubis (Sécheyron) . . 67
Obs. XIV. — Périostite phlegmoneuse de l'ischion (Giraldès). . 73
Obs. XV. — Ostéomyélite de l'ischion (Lannelongue). 74
Obs. XVI. — — — (Bergmann) 76
Obs. XVII. — — — (Bergmann) 77
Obs. XVIII. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque. Envahissement de la hanche (Service de M. Kirmisson). 85

Obs. XIX. — Ostéite du pubis. Calcul vésical autour d'un séquestre (Ollier) 91
Obs. XX. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque. Hémorragies de l'artère fémorale (Service de M. Kirmisson). 92
Obs. XXI. — Ostéomyélite iliaque. Hémorragies de l'artère fessière (Bergmann) 95
Obs. XXII. — Ostéomyélite iliaque. Phlébite de la veine iliaque (Lannelongue). 97
Obs. XXIII. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque prise pour une appendicite, puis pour une fièvre typhoïde (Service de M. Kirmisson) 101
Obs. XXIV. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque chez un tuberculeux (Service de M. Kirmisson). 106
Obs. XXV. (Inédite). — Ostéomyélite iliaque. Arthrite secondaire. Résection de la hanche (Service de M. Kirmisson) . 118
Obs. XXVI. — Résection de l'os iliaque pour ostéomyélite aiguë (Bergmann) 123
Obs. XXVII. — Résection de l'os iliaque pour ostéomyélite aiguë (Bergmann). 123

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.

Ostéomyélite du pubis gauche (Obs. IX, p. 52). Epaississement de la surface angulaire et de la branche descendante du pubis.

G. Steinheil, Éditeur.